UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

ADRIANA SOUZA DA SILVA

# A MARCA DA LEI NO CORPO:

## CONSIDERAÇÕES SOBRE O REGISTRO DA (IN)UTILIDADE NO CORPO DE TRABALHADORES BANCÁRIOS

São Cristóvão – Sergipe
Julho de 2013

ADRIANA SOUZA DA SILVA

# A MARCA DA LEI NO CORPO:

## CONSIDERAÇÕES SOBRE O REGISTRO DA (IN)UTILIDADE NO CORPO DE TRABALHADORES BANCÁRIOS

Dissertação de mestrado apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Psicologia Social/Mestrado em Psicologia Social da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.ª. Drª. Maria Teresa Lisboa Nobre Pereira

São Cristóvão – Sergipe
Julho de 2013

**COMISSÃO EXAMINADORA**

Dissertação de Mestrado da discente ADRIANA SOUZA DA SILVA, intitulada *A marca da lei no corpo: considerações sobre o registro da (in)utilidade no corpo de trabalhadores bancários*, submetida em 30/07/2013 à avaliação da Banca Examinadora constituída pelas Professoras Doutoras:

_____

Prof.ª. Drª. Maria Teresa Lisboa Nobre Pereira
Orientadora
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Universidade Federal de Sergipe)

_____

Prof.ª. Drª. Liliana da Escóssia Melo
Examinadora
(Universidade Federal de Sergipe)

_____

Prof.ª. Drª. Kátia de Farias Aguiar
Examinadora
(Universidade Federal Fluminense)

*Aos trabalhadores que se encontram em uma situação onde se reinventar é a única maneira de sobreviver.*

# Agradecimentos

Aos meus familiares, em especial a Paulo e aos meus filhos Isadora e Gustavo, para os quais as minhas ausências se materializaram principalmente nos dias que antecediam momentos importantes no desenvolvimento dessa pesquisa.

Aos meus pais José Carlos e Rosália, pelo cuidado, pelo afeto, pela presença como exemplo e por tudo que sou hoje e que ainda pretendo conquistar, pois as suas intervenções sempre deixam marcas profundas e importantes em minha vida.

A Adalberto e Alda, pai e mãe emprestados circunstancialmente pelas novas configurações de minha família, e que contribuíam materialmente e com suas presenças, especialmente quando eu me fazia ausente na vida dos meus filhos.

À minha querida, exigente e corajosa orientadora Teresa Nobre, por ter me acolhido mesmo quando sabia que o tema de pesquisa não fazia parte do seu repertório acadêmico, que eu estava afastada da universidade e da Psicologia há quase dez anos, e, mesmo assim, abraçou o meu projeto de maneira indiscutivelmente encantadora.

A Kátia Aguiar e Liliana da Escóssia, que generosamente mergulharem de forma apaixonada na leitura do texto produzido para a qualificação e que, como brilhantes timoneiras, cartografaram novos rumos pelos quais essa investigação se deixou levar.

Aos professores Marcelo Ferreri e Manoel Mendonça e aos demais membros do GEPEC, assim como aos que dele se avizinham, pelos atravessamentos em ricas discussões, inclusive nas sabatinas que antecederam o exame de qualificação.

A Sara Raquel e Rosinadja Morato, por me fazerem acreditar que a Psicologia e o mundo acadêmico eram um território fértil em mim, mesmo quando isso parecia um sonho longínquo e deixado no passado. Talvez elas nem saibam o quanto suas presenças foram decisivas para que eu retornasse ao mundo acadêmico e à Psicologia.

Aos meus irmãos, Débora e Tiago, pelas discussões dos mais variados assuntos, pelas horas em que as briguinhas de irmão se tornavam em calorosos e deliciosos debates para-acadêmicos.

Aos meus colegas de trabalho na Caixa, em especial aos que estiveram ao meu lado nos momentos mais tensos que sucediam às noites insones.

Aos colegas de trabalho Soni Rodrigues e Eliomar Ribeiro, que me trouxeram as queixas sobre as LER/DORT e contribuíram para os rumos pelos quais essa pesquisa se enveredou.

# RESUMO

O presente estudo objetiva enunciar as discursividades sobre o adoecimento do corpo do trabalhador acometido por LER/Dort e sua relação com os dispositivos de proteção social do Estado (benefícios acidentários e previdenciários) e contra o Estado (demandas administrativas e judiciais dos trabalhadores contra o INSS). Com isso, pretende identificar os relatos sobre a (in)utilidade do corpo do trabalhador acometido por LER/Dort presente nas publicações do INSS e, a partir dessas publicações, mapear os demais atores sociais que se presentificam nesses documentos no discursos sobre o conceito de corpo incapaz para o trabalho. Também se problematizam a relação entre trabalho, corpo e saúde na contemporaneidade a partir dos sentidos que se constroem nesse jogo discursivo e de que forma as diversas instâncias e dispositivos de Estado se atravessam na produção de sentidos sobre os sujeitos que são acometidos pelas LER/DORT e que se encontram numa situação de incapacidade para o trabalho. Na tentativa de demarcar as condições de possibilidade dessas discursividades, busca enfatizar as marcas de historicidade envolvidas nos aspectos de produção, circulação e consumo desses discursos. Partindo da pesquisa documental como estratégia metodológica, o trabalho pauta-se no olhar que assume a análise das práticas discursivas através da produção de sentidos. São utilizados como documentos as publicações do INSS em seu portal eletrônico que têm como assunto abordado as LER/Dort. Na análise dos documentos, observa-se a consolidação das publicações do INSS na produção de sentidos sobre as LER/Dort, mas também é enunciado o recente arregimento entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e os Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e do Emprego. No que diz respeito à avaliação da incapacidade para o trabalho, ressalta-se a supremacia do olhar clínico sobre os exames físicos, o que indica possivelmente a importância dada ao perito previdenciário na produção de verdade sobre essa enfermidade. As medidas terapêuticas ainda são consideradas incipientes e o prognóstico é bastante desfavorável ao trabalhador. A reinserção profissional do trabalhador que foi acometido pelas LER/Dort e encontra-se apto ao retorno ao trabalho ainda é uma etapa conflituosa, o que tem demandado questões sobre a responsabilização pelo adoecimento e pela proteção social desse trabalhador. As ações judicias entre trabalhador e empresa, trabalhador e INSS e empresa e INSS parecem estabelecer um campo conflituoso para garantia de direitos e proteção social para o trabalhador que é marcado como incapaz para o trabalho em virtude das LER/Dort.



**PALAVRAS-CHAVE:** LER/DORT; ACIDENTE DE TRABALHO; DOENÇA OCUPACIONAL; PREVIDÊNCIA SOCIAL; SAÚDE DO TRABALHADOR; AUXÍLIO-ACIDENTE.

*Abstract*

This study aims to describe what discourses about the illness of the body of the worker diagnosed with RSI/Dort and its relation to social protection devices of the state (accident benefits and wages) and against the state (administrative and legal demands of the workers against the INSS). This is intended to identify the reports about the (in) utility body worker diagnosed with RSI/Dort present in INSS and publications from these publications, map the other social actors that present themselves in these documents in discourses on the concept of body unable to work. Also problematize the relationship between work, body and health in contemporary from the senses that are constructed in discursive play and how the various devices and instances of state crossing in the production of meanings about the subjects that are affected by RSI/WMSD and we are in a situation of inability to work. In an attempt to demarcate the conditions of possibility of these discourses, seeks to emphasize the historicity of brands involved in aspects of production, circulation and consumption of these discourses. Based on the desk research as a methodological strategy, the work is guided in look that takes the analysis of the discursive practices through the production of meanings. Documents are used as the publications of the INSS on your Website that have addressed the issue as RSI/Dort. Examination of documents, notes the consolidation of the publications of the INSS in the production of meanings about RSI/Dort, but also is the recent statement arregimento between the Ministry of Social Security and the Ministry of Health and Ministry of Labour and Employment. Regarding the assessment of incapacity for work, emphasizes the supremacy of medical care for physical examinations, which possibly indicates the importance given to social security expert in the production of truth about this disease. Therapeutic measures are still considered incipient and the prognosis is not favorable to the worker. The reintegration of the worker who has been affected by RSI/Dort and is able to return to work is still a step-confrontational, which has demanded accountability questions about the disease and the social protection of such workers. Shares judicias between worker and company, employee and company and INSS and seem to establish a field conflictive to guarantee rights and social protection for the worker who is marked as unable to work due to RSI/Dort.

**KEYWORDS:** RSI/WMSD; WORKING ACCIDENT; OCCUPATIONAL DISEASE, WELFARE, HEALTH WORKER;-AID ACCIDENT.

# LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| **AT** | Acidente de Trabalho |
| **CAGED** | Cadastro Geral de Empregado e Desempregados |
| **CAT** | Comunicação de Acidente de Trabalho |
| **CEREST** | Centros de Referência em Saúde do Trabalhador |
| **CID** | Classificação Internacional de Doenças |
| **CNAE** | Classificação Nacional de Atividades Econômicas |
| **CNIS** | Cadastro Nacional de Informações Sociais |
| **CNPS** | Conselho Nacional de Previdência Social |
| **CTD** | *Cumulative Trauma Disorders* |
| **DORT** | Distúrbios Oestomusculares Relacionados ao Trabalho |
| **FAP** | Fator Acidentário de Proteção |
| **FGTS** | Fundo de Garantia por Tempo de Serviço |
| **IBGE** | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| **IC** | Índice de Custo |
| **IF** | Índice de Frequência |
| **IG** | Índice de Gravidade |
| **IN** | Instrução Normativa |
| **INSS** | Instituto Nacional de Seguridade Social |
| **LEM** | Laudo de Exame Médico |
| **LER** | Lesões por Esforço Repetitivo |
| **MPAS** | Ministério da Previdência e Assistência Social |
| **MT** | Medicina do Trabalho |
| **MTE** | Ministério do Trabalho e do Emprego |
| **NR** | Norma Regulamentadora |
| **NTAI** | Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade |
| **OIT** | Organização Internacional do Trabalho |
| **ONG** | Organização Não Governamental |
| **OSCIP** | Organização da Sociedade Civil de Interesse Público |
| **PASEP** | Programa de Formação do Patrimônio dos Servidores Públicos |
| **PCMSO** | Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional |
| **PIS** | Programa de Integração Social |
| **PNSTT** | Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora |
| **RAIS** | Relação Anual de Informações Sociais |
| **RAT** | Riscos Ambientais do Trabalho |
| **RENAST** | Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador |
| **RGPS** | Regime Geral da Previdência Social |
| **SAT** | Seguro de Acidente de Trabalho |
| **SERPRO** | Serviço Federal de Processamento de Dados |
| **SESMT** | Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho |
| **SFIT** | Sistema Federal de Inspeção do Trabalho |
| **SINAN** | Sistema de Informações de Agravos de Notificação |
| **SO** | Saúde Ocupacional |
| **ST** | Saúde do Trabalhador |
| **STC** | Síndrome de Túnel do Carpo |
| **SUS** | Sistema Único de Saúde |

# SUMÁRIO

*INTRODUÇÃO* *3*

**A PESQUISA E SEUS PERCURSOS** **4**

**DOS PORQUÊS PARA A MATERIALIZAÇÃO DA PESQUISA** **5**

**DA FORMULAÇÃO DE PRETENSÕES NA CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA** **8**

**TRILHA TEÓRICO-METODOLÓGICA** **9**
*Produção de sentido: de onde se coloca o olhar* 10
*Fundações e textos de fundação* 11
*Pesquisa Documental* 12

**O PLANO DE DISSERTAÇÃO** **13**

*CAPÍTULO 1* *16*

*TRAJETÓRIA JURÍDICO-DISCURSIVA DAS LER/DORT NA LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA* *16*

**O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DAS LER/DORT COMO ACIDENTE DE TRABALHO** **17**

**CORPO DOCUMENTAL NA CONSTRUÇÃO DAS LER/DORT COMO ACIDENTE DE TRABALHO** **24**
*a.* *Portaria 4.062, de 1987* 24
*b.* *Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade, de 1993 (NTAI/93)* 25
*c.* *Ordem de Serviço 606 (OS-606/98)* 26
d. *Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade, de 1998 (NTAI/98)* 27
*e.* *Instrução Normativa 98 (IN-98/2003)* 28
*f.* *Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade, de 2003 (NTAI/03)* 29

*CAPÍTULO 2* *31*

*A CORPORALIDADE ENTRE SAÚDE E TRABALHO* *31*

**O TRABALHADOR BANCÁRIO EM TEMPOS DE REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA** **32**

**O CONTEXTO INSTITUCIONAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR (ST) NO BRASIL** **36**

**O CORPO-PERFORMANCE E O ADOECIMENTO POR LER/DORT** **41**

*CAPÍTULO 3* *48*

*ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇAS OCUPACIONAIS* *48*

**O DIREITO À PROTEÇÃO ACIDENTÁRIA ORIUNDO DA RELAÇÃO TRABALHISTA** **49**

**AS TEORIAS SOCIAIS E A PROTEÇÃO AO ACIDENTADO** **50**

**OS DIPLOMAS LEGAIS E A PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL** **51**

**AS FONTES DE RECEITA PARA O CUSTEIO DO ACIDENTE DE TRABALHO** **53**

**O ACIDENTE DE TRABALHO COMO PROTEÇÃO ACIDENTÁRIA** **56**

***CAPÍTULO 4*** ***59***

***TRAJETÓRIA DO TRABALHADOR: DIAGNÓSTICO, MEDIDAS TERAPÊUTICAS E PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS*** ***59***

**DA EMISSÃO DA COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CAT) AO EXAME PERICIAL** **61**

**MEDIDAS TERAPÊUTICAS PARA OS CASOS DE LER/DORT: O OLHAR PREVIDENCIÁRIO** **68**

**PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS E PERICIAIS** **70**

***RESSONÂNCIAS*** ***76***

**SOBRE O QUE SE PROPÔS COMO PESQUISA** **78**

**SOBRE AS POSSIBILIDADES A PARTIR DESSE TRABALHO** **79**

**SOBRE ESSA PESQUISA E A PESQUISADORA** **80**

***REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*** ***82***

***ANEXOS*** ***87***

# Introdução

*"Se o objeto muda profundamente de estatuto, isso também acontece com o sujeito. Passamos da inflexão, determinamos um ponto que já não é o que percorre a inflexão nem o próprio ponto de inflexão, mas aquele em que se encontram as perpendiculares às tangentes em um estado da variação. Não é exatamente um ponto, mas um lugar, uma posição, um sítio, um 'foco linear', linha saída de linhas. Esse lugar é chamado ponto de vista, na medida em que representa a variação ou inflexão. É esse o fundamento do perspectivismo. Este não significa uma dependência em face de um sujeito definido previamente: ao contrário, será sujeito aquele que vier ao ponto de vista, ou sobretudo aquele que se instalar no ponto de vista. Eis por que a transformação do objeto remete a uma transformação correlativa do sujeito".*

Gilles Deleuze

*A Dobra: Leibniz e o Barroco, 1988*

# A PESQUISA E SEUS PERCURSOS

Essa pesquisa é resultado de um percurso e cabe tecermos alguns comentários para melhor situá-la. O interesse pelo tema foi se construindo a partir de minha trajetória profissional como gerente de uma agência bancária e do interesse e afinidade que foram tomando vigor à medida que ia me aprofundando nas leituras e buscas sobre o tema. Nestas buscas, li certa vez que uma pesquisa científica não deveria nascer de uma exigência acadêmica, nem tampouco de comodidades que pudessem cercar as escolhas, mas de uma espécie de angústia de alma que nos mobilizasse para um enfrentamento de situações incômodas. E foi exatamente isso que me impulsionou a escolher o tema de pesquisa (ou ser escolhida, talvez?).

Quando experenciei o enfrentamento da situação de 'devolução'[1] ao trabalho de uma bancária afastada por LER/Dort[2] para a agência na qual eu ocupava a função de gerente geral, cresceu em mim uma angústia particular que tentei transformar em produção do intelecto para o meu próprio alívio. O retorno ao trabalho se deu de forma intempestiva, sem que ao menos a empresa pudesse se e nos preparar para lidar com essa situação atípica. Bancários aptos com restrições, sendo quase sempre elas: impossibilitados de digitar, impossibilitados de ficar muito tempo em pé, de ficar muito tempo sentado, de cumprir horas extras de trabalho... Para quem conhece o cotidiano de uma agência bancária, sabe que é quase impossível imaginar algum trabalho a ser desenvolvido por alguém depois de incluído esse rol de restrições. Assim, a busca por respostas que pudessem diminuir esse desconforto era inevitável.

Na literatura pertinente ao tema, raros eram os textos que avançavam em teorizações e, quando o faziam, eram restritos a determinados aspectos do fenômeno e a certas práticas profissionais (fisioterapia e medicina, principalmente). Inicialmente, meus olhares se voltaram para as questões sobre reabilitação e sobre o percurso do

[1] O termo 'devolução' era usualmente utilizado pelos funcionários naquela situação, pois, após diversos anos em que as pessoas afastadas por LER/Dort dificilmente retornavam ao trabalho (pois se aposentavam por invalidez acidentária), o retorno destas ao trabalho - com as mesmas restrições que tinham quando se afastaram – trouxeram-nos um sentimento de 'devolução ao remetente', tal como as cartas devolvidas quando os Correios não encontram seu destino e devolvem ao remetente o objeto enviado.

[2] Optou-se pela utilização da sigla geminada, pois, além de não existir consenso sobre essa renomeação, 'LER' ainda é a forma mais corriqueira de se referir a esse quadro sintomatológico, sendo a sigla geminada, inclusive, bastante utilizada nos meios acadêmicos e nas próprias publicações do INSS. Utiliza-se, ainda, a sigla LER em maiúscula e Dort, minúscula, por se entender que o primeiro termo prevalece sobre o segundo tanto no meio acadêmico quanto no cotidiano.

trabalhador que passa de uma desqualificação sócio produtiva a um momento de (re) inserção profissional. Com essas leituras, fui observando que os dispositivos de proteção social do Estado ao trabalhador acometido por LER/Dort – a concessão de benefício assistencial e previdenciário – estavam sofrendo alterações que tornavam o trabalhador cada vez mais desprotegido. A previdência social brasileira e as práticas de proteção social aos trabalhadores passaram, a partir de então, a invadir as questões que delineavam meu projeto para o mestrado.

Ao iniciar as leituras das instruções normativas do INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), observei a referência constante a aspectos do corpo do trabalhador. Essa relação entre reconhecimento do direito de proteção social e a identificação da incapacidade do corpo para o trabalho foram marcando os meus passos. Deu-se lugar, assim, a discussões sobre a intensidade da 'marcação corporal' que as leis e normativos refletiam sobre a constatação de um estado doentio ou saudável para o trabalhador. Pude ler, nos processos judiciais para reconhecimento do nexo técnico[3] das LER/Dort, que a indenização pelo dano corporal era solicitada como uma espécie de 'reparo' pelo dano causado ao corpo do trabalhador. Essas inquietações, mesmo quando deixei as atividades gerenciais e até mesmo quando o contato com colegas acometidos por LER/Dort começou a se tornar bastante raro, persistiram. E são elas que estão aqui.

## DOS PORQUÊS PARA A MATERIALIZAÇÃO DA PESQUISA

As pesquisas na literatura científica sobre saúde e doença são inúmeras, assim como são múltiplas as variações de análise sobre o tema. Enquanto atualmente a noção de saúde tem se apresentado com um caráter mais subjetivo, amplo, a doença tem território certo e passível de se materializar: o corpo[4]. Enquanto local privilegiado de manifestação e detecção de enfermidade, o corpo materializa a doença, é depositário "fiel" dos males e das ações terapêuticas. Mesmo quando os discursos presentificam

[3] O nexo técnico introduzido nas publicações do INSS refere-se à comprovação da relação entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade.

[4] Entendemos a noção de corpo e corporalidade como algo que extrapola a dimensão físico-biológica, impossibilitando, assim, qualquer alusão à dicotomia mente-corpo que possa ser suscitada.

ações mais abrangentes, como a educação sanitária, por exemplo, ainda são sobre o corpo que se vislumbram os efeitos das enfermidades (CHAMMÉ, 2002).

Nesse sentido, essa pesquisa privilegiou as discursividades que atuam na produção de saber sobre o corpo afetado por LER/Dort. O conceito de (in)utilidade que se apresenta no título desse trabalho vem trazer à tona justamente a discussão sobre o corpo (in)útil do trabalhador, que, acometido pelas LER/Dort, realiza um percurso recorrente entre afastamento após concessão de benefício previdenciário ou acidentário e o retorno ao trabalho após o atestado, emitido pelo INSS, de estar apto ao retorno ao trabalho. Essa aptidão é usualmente sinalizada como 'apto com restrições', haja vista as dificuldades que ainda acompanham esse retorno. O corpo, nessas retomadas, por vezes carece de utilidade, ou já não encontra na sua experiência laboral passada uma maneira de se reinserir no contexto de trabalho ao qual ele deve obrigatoriamente se fazer presente. Torna-se, assim, um corpo que precisa ser posto *em utilidade*, para que possa se encaixar naquela engrenagem. O corpo que se rebelou, que apresentou uma descontinuidade naquela articulação com o objeto que manipulava, repetitivamente, de forma a estabelecer a condição mais eficaz entre um gesto e o seu próximo, precisa novamente ser disciplinado, docilizado. A sua utilização exaustiva como estratégia de controle das atividades, em que o máximo de rapidez encontra o máximo de eficiência, institui "*[...] o corpo do treinamento útil e não da mecânica racional, mas no qual por essa mesma razão se anunciará um certo número de exigências de natureza e de limitações funcionais."*(FOUCAULT, 1987, p. 132).

As empresas que possuem trabalhadores acometidos por LER/Dort, sejam eles afastados e em concessão de benefício ou em processo de reinclusão profissional, deparam-se com o binômio 'redução de produtividade + aumento de custos'. Esses trabalhadores geralmente apresentam alto absenteísmo médico com comprometimento de capacidade produtiva e necessidade de retreinamento, pois dificilmente retornam capazes de assumirem as suas atividades anteriores. Os afastamentos médicos são geralmente prolongados e os custos como processos de reintegração ao trabalho são significativos e acompanhados da garantia de estabilidade por um ano para os trabalhadores em que é reconhecida a relação entre a doença e o trabalho. Para não afetar a produtividade da empresa, principalmente diante da competitividade cada vez mais acirrada, há a necessidade de se contratar substitutos para esses trabalhadores.

A (in)utilidade, assim, permeia essa formação de um contingente significativo de trabalhadores com restrição que não podem executar o trabalho em toda a sua exigência e que não podem ser demitidos. Lidar com os trabalhadores acometidos por LER/Dort, que vêm aumentando o seu quantitativo ao longo dos anos, torna-se um grande desafio para empresas cujo processo produtivo envolva uso frequente das mãos como ferramenta de trabalho e também para empresas cuja atividade envolve uso intensivo de computadores associado a alta carga mental (COUTO, NICOLETTI e LECH, 2007).

Como os trabalhadores que são afetados por uma doença ocupacional são equiparados, para fins previdenciários, com os segurados acometidos por acidente de trabalho, eles terão garantida a estabilidade de um ano após o retorno ao trabalho. Dessa forma, a empresa precisará extrair desse trabalhador o máximo de utilidade compatível com a sua capacidade produtiva. Essa discussão parece se encaminhar para as políticas de inclusão do Estado, dentre elas as que obrigam as empresas a contratar portadores de deficiência, por exemplo. Essa inclusão também pode ser pensada como uma redistribuição do ônus de proteção social à sociedade civil. Os custos que a Seguridade têm apresentado com os trabalhadores acometidos por LER/Dort são cada vez maiores, e é desinteressante para o orçamento da Previdência um ônus como esse, em que os prognósticos são desfavorável e que atinge os trabalhadores no auge de sua capacidade produtiva. O quantitativo de desvalidos, destarte, encontrar-se-ia desproporcional à quantidade da população economicamente ativa.

Ao longo do percurso da pesquisa, surgiu a necessidade de que algumas ‘desistências’ fossem traçadas como ponto de partida para essa investigação. À medida que ia percebendo, com o andamento das leituras, o vasto mundo que tratava – ou pretendia tratar – das LER/Dort, algumas delimitações foram tornando-se claras: não pretendi tratar sobre a historicidade da doença no campo da Medicina, Psicologia ou qualquer outro campo do saber que tome as LER/Dort como objeto. Remeti-me, quando necessário, mas não objetivei fazer esse percurso sob o olhar do saber médico. O interesse foi refazer a trajetória das LER/Dort enquanto acidente de trabalho, ou seja, na perspectiva das normas previdenciárias e de saúde do trabalhador. Considerei aqui a definição de campo proposta por Bordieu: um espaço multidimensional em que se organizam relações de poder e de dominação, onde se travam lutas concorrenciais em torno de seu capital específico (material e/ou simbólico), cujo estado se define, a cada

momento, a partir das relações de força entre seus protagonistas − agentes ou instituições (BOURDIEU, 1989).

O problema dessa pesquisa girou em torno das discursividades sobre o adoecimento do corpo do trabalhador acometido por LER/Dort e sua relação com dispositivos de proteção social do Estado (benefícios previdenciários e acidentários) e contra o Estado (demandas administrativas e judiciais dos trabalhadores contra o INSS em favor de reparações materiais ao trabalhador acometido pelas LER/Dort).

Nesse sentido, a análise se deteve essencialmente sobre a Seguridade Social, em particular a previdência, por entender que esta se constitui como discurso hegemônico sobre incapacidade para o trabalho relacionada ao acometimento por LER/Dort. Diante da complexidade e diversidade desse objeto de estudo, atravessado por redes discursivas diversas, deparei-me com controvérsias e disputas geradas nos campos da Saúde e da Previdência. Estas controvérsias vêm trazendo um novo enunciador quanto às definições sobre o corpo afetado e a garantia dos direitos do trabalhador: o discurso jurídico trabalhista. Ele é chamado a participar e a decidir sobre o impasse entre Estado, trabalhador e empresa quando o assunto é concessão do benefício previdenciário por incapacidade em virtude de acometimento por LER/Dort. Entretanto, pela limitação do tempo e diante da extensão da discussão a que se proporia a pesquisa incorporando mais essa problematização nesse estudo, optei por realizar alguns apontamentos quando as situações se julgassem oportunas.

## DA FORMULAÇÃO DE PRETENSÕES NA CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

A pesquisa, desejando responder a algumas questões pertinentes ao tema, preencheu-se de pretensões a serem cumpridas.

A primeira delas foi enunciar e problematizar os relatos que ilustram os conceitos de sujeito-doente e corpo lesionado e sua configuração como território privilegiado para aplicação das leis e ordenamentos jurídicos, presentes nas publicações oficiais da Previdência Social brasileira, em especial às de autoria do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Nesse sentido, o intuito foi buscar o que se diz, como se diz e a quem é permitido dizer. Pretendi, ainda com essas publicações, mapear os demais

atores institucionais que se presentificavam nesses documentos e eram chamados a falar sobre o conceito de corpo incapaz para o trabalho.

Como isso, outras questões de interesse foram se configurando, tais como problematizar a relação entre trabalho, corpo e saúde na contemporaneidade a partir dos sentidos que se construíam nesse jogo discursivo e como as diversas instâncias e dispositivos de Estado se atravessavam na produção de sentidos sobre os sujeitos que são acometidos pelas LER/Dort e se encontram numa situação de incapacidade para o trabalho? Estariam as discursividades da previdência social brasileira se configurando como uma instância de consolidação de mudanças no mundo do trabalho? Tentando demarcar as condições de possibilidade dessas discursividades, busquei ainda enfatizar as marcas de historicidade envolvidas nos aspectos de produção, circulação e consumo desses discursos.

Como instrumento de análise, procurei me apropriar e relacionar os procedimentos de controle das discursividades aos quais se remete Foucault (2011, p. 8), a afirmar que "*em toda a sociedade a produção de discurso é ao mesmo tempo controlada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos e dominar seu acontecimento aleatório*". Para ele, existem procedimentos externos e internos de exclusão, e procedimentos de determinação de condições do funcionamento dos discursos. Os procedimentos externos seriam a interdição, a separação/rejeição e a oposição do verdadeiro e do falso. Os internos, que gerem a classificação, ordenação e distribuição dos discursos, seriam os princípios do comentário, do autor e da organização das disciplinas. Como procedimentos de determinação de condições de funcionamento dos discursos, teríamos os rituais da palavra, as sociedades de discurso, os grupos doutrinários e a apropriação social dos discursos.

## TRILHA TEÓRICO-METODOLÓGICA

> *"Cada método é uma linguagem e a realidade responde na língua em que é perguntada. Só uma constelação de métodos pode captar o silêncio que persiste entre cada língua que pergunta."*
>
> Boaventura de Sousa Santos
>
> *Um Discurso sobre as Ciências, 2003*

*Produção de sentido: de onde se coloca o olhar*

O trabalho pautou-se no olhar que assume a análise das práticas discursivas através da produção de sentidos, conforme nos sugere Véron (1980). Nessa perspectiva, o discurso é concebido como um fenômeno social e constitui um dos "vínculos" mais importantes da produção de sentido no interior de uma sociedade. O ponto de partida que define a pertinência semiológica, defende o autor, não é constituído por matérias significantes em si mesmas e sim pelos discursos sociais em que matérias significantes foram "trabalhadas" por conjuntos de operações de investimento do sentido. Esses conjuntos podem ser chamados de "códigos", desde que se entenda por código precisamente conjuntos operatórios – regras que definem processos – e não repertórios de "unidades" mínimas (aspeado no original).

Afirma Véron (*ibidem*) que a pesquisa semiológica deve considerar ao menos três dimensões diferentes do princípio de intertextualidade. A primeira assevera que as operações produtoras de sentido são sempre intertextuais de certo universo discursivo, ou seja, diversos textos compõem um universo discursivo e a produção de sentido decorrente dessas operações recorre a essa pluralidade textual. Boa parte são "outros textos" já produzidos. Na superfície do textual, defrontamo-nos como "feixes" textuais, com conjuntos compostos de uma pluralidade de materiais significantes: escrita-imagem, escrita-imagem-som, imagem-fala etc. (aspeado no original).

A segunda dimensão refere-se à validade do princípio de intertextualidade *entre universos* discursivos diferentes. Nessa pesquisa recorri a um universo discursivo, o da Previdência Social, que pode não parecer, à primeira vista, um universo discursivo capaz de ter em si tanta potência para a produção de sentidos sobre uma enfermidade. Entretanto, as investigações sobre o tema nos levaram a crer que este universo discursivo, atravessado pelos universos dos campos da Saúde e Trabalho, configurou-se como importante operador na produção de sentido sobre as LER/Dort.

A terceira dimensão, por vezes esquecida, ressalta o papel de outros discursos relativamente autônomos que, embora funcionando como momentos ou etapas de produção, não aparecem na superfície do discurso "produzido" (aspeado no original). Cabe a ênfase, para essa pesquisa, da interferência de campos discursivos como Estatística e Justiça do Trabalho. A Estatística, operando produções sobre conceitos

como níveis de significância e prevalência, trouxe subsídios para o controle orçamentário da Previdência Social, que redistribui o custo de proteção social dos trabalhadores com os empregadores, através de indicadores como o Seguro de Acidente de Trabalho (SAT) e o Fator Acidentário de Prevenção (FAP)[5].

A partir das formulações de Véron (1980), ressalto que várias leituras são possíveis dos conjuntos textuais a circular numa sociedade. Um sistema produtivo – as leituras e os processos de produção do discurso - é constituído por uma articulação entre *produção*, *circulação* e *consumo*. O conceito de *circulação* designa o processo para o qual o sistema de relações entre condições de produção e condições de consumo é, por sua vez, socialmente produzido.

Nessa pesquisa, busquei enfatizar as marcas de historicidade que envolvem esses aspectos de produção, circulação e consumo, realizando leituras sobre as condições em que os documentos do INSS sobre as LER/Dort foram publicados, como circularam e de que forma apontaram para uma *instrução* de consumo.

*Fundações e textos de fundação*

As operações de investimento do sentido nas matérias significantes são práticas sociais específicas; é evidente, ainda, que a noção de processo defendida pressupõe a noção de um *sujeito produtor*. Entretanto, assinala Véron que é necessário evitar a insinuação de uma concepção psicológica ou instrumental da produção de sentido (1980, p. 81):

> A produção do discursivo nada tem a ver com a intencionalidade de um sujeito que gostaria de "transmitir uma mensagem". Uma semiologia da produção do sentido é, portanto, irredutível a uma teoria "comunicacional" da significação. Em uma determinada situação, todo discurso é, ao mesmo tempo, *efetivo* (pois modifica o processo de produção de outros discursos) e *opaco* tanto para o produtor quanto para o consumidor. O sujeito produtor só pode ser definido em termos de sua *posição social*. O conjunto de determinações que definem a posição social dos produtores é o que se pode designar como *as condições de produção* dos discursos.

[5] O Seguro de Acidente de Trabalho (SAT) é uma contribuição com natureza de tributo que as empresas pagam para custear benefícios do INSS oriundos de acidente de trabalho ou doença ocupacional. O Fator Acidentário de Prevenção (FAP) é um índice aplicado sobre o SAT que pode reduzir ou aumentar essa contribuição, com base nos os índices de frequência, gravidade e custo, por atividade econômica, de acidentes de trabalho.

Véron (*ibidem*) defende que um processo de fundação é formado por um tecido extremamente complexo de conjuntos discursivos múltiplos, a de uma rede intertextual desdobrando-se num dado período de tempo. Seria a fundação, assim, um processo particular de criação sem fundador. Entretanto, afirma o autor, a localização histórica de uma fundação é um produto do processo de reconhecimento, uma ilusão necessária à qual recorremos. Esse esforço de localização inspira um imaginário geográfico, que alcança limites, fronteiras, linhas de demarcação na constituição dos objetos. Nessa "gramática" de produção e reconhecimento, rebaixamos o sujeito enunciador do texto de fundação a um sujeito concreto (aspeado no original).

Corroborando com o autor, essa pesquisa foi construída abdicando-se da epistemologia tradicional que inscreve um abismo fundamental entre sujeito e objeto, interno-externo, pesquisador-pesquisado, dentre outras dicotomias clássicas. Abdico ainda de qualquer propriedade representacional do conhecimento, da busca empenhada pela desvelamento do mundo e da crença na existência de uma relação imediata entre pesquisador (sujeito) e realidade (objeto). Não ensaiei como pretensão a exaustão sobre o tema, mas procurei realizar algumas divagações sobre um campo problemático em plena formação, que traz em si interferências importantes na relação corpo, trabalho e saúde na contemporaneidade.

*Pesquisa Documental*

Nessa investigação foi utilizada como estratégia metodológica a pesquisa documental, intermediada pela análise das práticas discursivas e produções de sentido. Acredita-se, como Spink (2004), que os documentos de domínio público refletem duas práticas discursivas. Uma delas seria como *gênero de circulação*, na qual a análise se debruça sobre um artefato do sentido de tornar público. E o outro como *conteúdo*, onde a análise principal dar-se-ia sobre aquilo que está impresso nas páginas. Entretanto, pretendi não apenas debruçar-me sobre o conteúdo das publicações do INSS, investigá-las como o principal gênero de circulação sobre os saberes e fazeres que possibilitaram o reconhecimento das LER/Dort como doença ocupacional; essas publicações predominaram, até então, como discurso privilegiado sobre a (in)utilidade do corpo acometido por essa enfermidade.

A escolha do material foi feita, conforme sugere Albuquerque Jr (2011), com uma aproximação inicial do campo, realizada através de leitura de bibliografias e de pesquisa exploratória da documentação. Dessa forma, delimitei o problema com dimensões temporal e espacial. Como limite de temporalidade, a opção foi por investigar as publicações posteriores ao primeiro reconhecimento da tenossinovite do digitador como doença profissional no Brasil, que ocorreu em 1987. A circunscrição espacial configurou-se com a opção pela legislação brasileira. Ao longo da pesquisa, quando da discussão sobre saúde, corporalidade e trabalho, foi declarada a opção pela categoria de trabalhadores bancários por ser essa a categoria profissional mais atingida pela LER/Dort e por minhas implicações já comentadas nos preâmbulos desse texto.

As publicações do INSS são divulgadas em seu portal eletrônico. Alguns textos mais recentes do INSS levam às publicações do Ministério da Saúde e do Trabalho sobre o tema, que passaram, então, a fazer parte do corpo de documentos investigados nessa pesquisa.

Pretendi, com essa investigação, buscar nos relatos da Seguridade Social as marcas da historicidade sobre os conceitos de sujeito-doente e corpo-lesionado e sua configuração como território privilegiado para aplicação das leis e ordenamentos jurídicos. Como aponta Albuquerque Jr (*ibidem*), essas marcas podem ser buscadas pelas análises externa e interna dos discursos, onde, respectivamente, tenta-se mapear suas regras de constituição e de produção e evidenciar as condições históricas de possibilidade. O autor ressalta ainda a importância da recepção do discurso: como ele circulou, quem o editou, como ele reaparece. Foi empreendida especial atenção a essas marcas.

## O PLANO DE DISSERTAÇÃO

O texto se desenha em quatro capítulos, acrescidos da introdução e das considerações finais. No Capítulo 1, *Trajetória jurídico-discursiva das LER/Dort na legislação previdenciária*, proponho refazer um reconhecimento histórico-geográfico sobre as LER/Dort, em especial no Brasil, para, em seguida, debruçar-me sobre o quadro jurídico-discursivo presente nas publicações do INSS. Dessa forma, desenho o

cenário no qual foram possíveis as publicações que vieram a tratar dessa enfermidade, em quais circunstâncias elas emergiram e a partir de que vozes elas foram anunciadas.

No Capítulo 2, intitulado *A corporalidade entre Saúde e Trabalho* discuto a tumultuada relação enfrentada pelos bancários com o advento da reestruturação produtiva ocorrida em meados dos anos 1980 e 1990, gerada pela introdução de novas tecnologias, não só no âmbito de equipamentos informatizados, como no dos modelos de gerenciamento de recursos materiais e da força de trabalho, de acordo com Fonseca (2002). Teço ainda alguns comentários sobre o contexto institucional da Saúde do Trabalhador no Brasil, a criação da RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador**)** e dos CERESTs (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador) e a recente publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) em agosto de 2012, buscando uma aproximação de um campo intertextual deveras importante quando se trata das condições de produção do objeto de pesquisa.

No Capítulo 3, *Acidentes de Trabalho e Doenças Ocupacionais*, trato do histórico do acidente do trabalho no Brasil e no mundo ocidental, relacionando algumas teorias que fundamentam a proteção ao acidentado na relação trabalhista e seus diplomas legais no Brasil. Acrescento ainda algumas informações sobre as fontes de receita para o custeio da proteção acidentária da Previdência Social brasileira.

No Capítulo 4, *Trajetória do trabalhador: diagnóstico, medidas terapêuticas e procedimentos administrativos*, apresento a trajetória comum percorrida pelos trabalhadores acometidos por LER/Dort que precisam acionar o INSS para a concessão do benefício acidentário ou previdenciário. Apresento em seguida a discussão sobre o registro da (in)utilidade/incapacidade do corpo do trabalhador no exame médico-pericial e as prestações acidentárias que são disponibilizadas para o trabalhador acometido por LER/Dort quando a perícia atesta sua incapacidade laborativa. Pretendo, portanto, enunciar de que forma se materializa o registro de um corpo incapaz para o trabalho, como os dispositivos de Estado se apropriam dessa referida incapacidade para gerir a vida da população, e como isso ressoa nas relações entre trabalhador e empregador nos dias atuais.

Por fim, as considerações que encerram o texto, intituladas de *Ressonâncias*. Elas consolidam as principais questões que ressoaram ao longo da pesquisa e apontam

possíveis (des)caminhos que as leituras nos levaram. Nos anexos, encontram-se legislações brasileiras referentes ao tema e alguns conceitos médicos e previdenciários exemplificativos sobre a LER/Dort.

# Capítulo 1

## Trajetória jurídico-discursiva das LER/Dort na legislação previdenciária

*"[...] a sociedade dita sua lei aos seus membros, inscreve o texto da lei na superfície dos seus corpos. Pois a lei que funda a vida social da tribo não pode ser esquecida por ninguém".*

Antoinette Chauvenet, 2005, p. 21

A Lei e o Corpo

## O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DAS LER/DORT COMO ACIDENTE DE TRABALHO

Ao contrário do que muitos possam imaginar, as Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/Dort) não são considerados pela medicina como uma doença, não existindo, assim, como entidade nosológica[6] (COUTO, NICOLETTI & LECH, 2007; ALVES, 2004). As LER/Dort não são uma patologia específica, mas um conceito que define uma síndrome, um conjunto de afecções, doenças ou alterações funcionais que atingem músculos, tendões e articulações dos membros superiores (ombros, braços, cotovelos, antebraços, punhos, mãos, dedos) e, eventualmente, membros inferiores e coluna vertebral, pescoço, coluna torácica e lombar (ALVES, *ibidem*).

As LER/Dort ocorrem, basicamente, por sobrecarga do sistema musculoesquelético. Apesar de não se constituírem como uma entidade nosológica no campo da Saúde, elas são reconhecidas pela Previdência Social brasileira como uma doença ocupacional na qual se privilegia o trabalho contínuo e o esforço repetitivo (ou seja, a força e a repetição requerida pela musculatura dos membros superiores, em determinadas condições de trabalho). Em 1997 foi proposta pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) a mudança de denominação de LER para DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), com a introdução de novos elementos na análise da perícia médica acerca do processo de adoecimento e da atualização da Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade (NTAI).

Essa alteração na terminologia parece sinalizar uma mudança (ou sua tentativa) na concepção das LER enquanto acidente de trabalho. Nos Dort, há a atribuição de um caráter constitucional, subjetivo e pessoal do processo de adoecimento, no qual se privilegia a utilização dos subsídios de dimensão neurológica e psiquiátrica. Com essa nova leitura sobre as LER, fundamentam suas interpretações na noção de dor inespecífica e crônica, permitindo, por conseguinte, o entendimento dos DORT como doenças adquiridas por sujeitos predispostos a adoecer (VERTHEIN e MINAYO-

[6] A entidade clínica, uma configuração de sintomas, torna-se uma entidade nosológica quando uma quantidade suficiente de conhecimento é acumulada para explicar a configuração. Segundo Dalgalarrondo (2008), as síndromes são agrupamentos relativamente constantes e estáveis de determinados sinais e sintomas. Denominam-se entidades nosológicas, doenças ou transtornos específicos, os fenômenos mórbidos nos quais se podem identificar certos fatores causais, um curso homogêneo, estados terminais típicos, mecanismos psicológicos e psicopatológicos característicos, antecedentes genético-familiares e respostas a tratamentos mais ou menos previsíveis.

GOMES, 2001). Na terminologia antiga - *Lesões por Esforços Repetitivos* - o caráter de acidente de trabalho fica mais evidenciado pelo uso do termo *lesões* e pela vinculação entre essas lesões e o esforço repetitivo ocorrido durante a atividade laboral. Consequentemente, a ideia do adoecimento como acidente de trabalho é minimizada, "privatizando-se" a doença e caracterizando-a como responsabilidade do sujeito.

As LER/Dort têm apresentado níveis de ocorrência elevados, sendo reiteradamente enunciado o seu caráter epidêmico[7]. Como apontam vários autores, as LER/Dort têm se configurado como um grande problema no campo da saúde em vários países, como Brasil, Estados Unidos, Inglaterra e Austrália (LIMA e col., 2000; PICOLOTO e SILVEIRA, 2008; NEVES e NUNES, 2010). Surgiram no Brasil há menos de três décadas e, em decorrência da gravidade dos sintomas e da incidência crescente entre trabalhadores de quase todas as atividades econômicas dos vários Estados, tornou-se o principal problema de saúde pública relacionado ao trabalho no país: em 2011 já respondia por cerca de 80% (oitenta por cento) dos auxílios e aposentadorias por doenças ocupacionais concedidas na última década pela Previdência Social (BRASIL, 2001).

No caso brasileiro, esse grave problema no campo da Saúde estende-se aos demais campos da Seguridade Social, a saber: Previdência e Assistência Social. Segundo a Constituição Federal Brasileira de 1988, a Seguridade Social é um dos instrumentos disciplinados pela Ordem Social que, assentado no primado do trabalho, propicia Bem Estar e justiça sociais; é o conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (SANTOS, 2007). O dever constitucional imposto demonstra que a solidariedade[8] é o fundamento da Seguridade Social. Não só o Estado, mas a sociedade civil e os que dela participam têm obrigações com o custeio da seguridade social brasileira. Assim, cabe a eles a repartição do ônus da proteção social àqueles desamparados pelo mercado de trabalho e que se encontram enquadrados em determinadas condições elencadas pela previdência social como requisitos para a

[7]Considera-se epidemia a ocorrência de um claro excesso de casos de uma doença ou síndrome clínica em relação ao esperado, para uma determinada área ou grupo específico de pessoas, num particular período. Embora se tenha dado especial ênfase às doenças transmissíveis na descrição do termo, presentemente ele é empregado em relação a quaisquer outros fenômenos de saúde ou com ela relacionados.

[8] Cabe ressaltar que o conceito de solidariedade aqui referido corresponde ao princípio constitucional da Constituição Federal brasileira, e não ao conceito de solidariedade desenvolvido pelo sociólogo Émile Durkheim.

concessão dos benefícios previdenciários. O custo, por exemplo, dessa concessão pecuniária para pessoas com deficiência ou de idosos que nunca contribuíram nem se filiaram ao regime da Previdência Social é incluído nas despesas do INSS sob a forma de um tipo de benefício denominado “amparo social”.

De acordo com Valer (2010), o financiamento da Seguridade Social é previsto no artigo 195 da Constituição Federal como um dever imposto a toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de contribuições sociais. A receita desses orçamentos não é integrada ao orçamento da União, assim como o orçamento da Seguridade Social é elaborado pelos órgãos responsáveis pela Saúde, Previdência Social e Assistência Social objetivando as prioridades e metas estabelecidas na lei orçamentária.

Ainda de acordo com a mesma autora, a previsão da Constituição Federal do modelo de financiamento da Seguridade Social se baseia no sistema contributivo. Na relação de custeio da Seguridade Social, aplica-se o princípio de que todos que compõem a sociedade devem colaborar para a cobertura dos riscos provenientes da perda ou redução da capacidade de trabalho ou dos meios de subsistência. Por ser uma relação jurídica estatutária[9], é compulsória àqueles que a lei impõe, não sendo facultado ao contribuinte optar por não cumprir a obrigação de prestar a sua contribuição social.

As contribuições sociais que suportarão o financiamento da Seguridade Social, além dos recursos provenientes dos orçamentos dos entes públicos, advirão do empregador, incidentes sobre a folha de salários, o faturamento e lucro; dos trabalhadores e dos demais segurados da previdência social e da receita de concursos de prognósticos[10]. Valer (*ibidem*) afirma que existem justificativas para a participação de cada uma dessas partes no custeio da Seguridade. Os empregados seriam os maiores beneficiários do sistema. A participação do Estado se justificaria em razão do seu

[9] Entende-se como relação jurídica estatutária aquela na qual os deveres e obrigações decorrem de dispositivos do estatuto legal, isto é, a lei específica que regulamenta a relação entre as partes, possuindo natureza de direito administrativo. Diferente desta há a relação contratual, estabelecida através de contrato entre as partes.

[10] De acordo com o RGPS - Regulamento Geral da Previdência Social (BRASIL, 1991), consideram-se concurso de prognósticos todo e qualquer concurso de sorteio de números ou quaisquer outros símbolos, loterias e apostas de qualquer natureza no âmbito federal, estadual, do Distrito Federal ou municipal, promovidos por órgãos do Poder Público ou por sociedades comerciais ou civis.

caráter intervencionista adotado após a inauguração da segunda fase do constitucionalismo e criação dos direitos constitucionais de segunda geração[11], como também por ser alvo formal da função constitucional de promover o bem comum ou o Bem Estar social, ou mesmo em razão de manter a ordem interna. Quanto aos empresários, a participação se caracterizaria pelo interesse na manutenção do bem estar físico mental e financeiro do empregado e de seus dependentes, o que sem dúvida culmina com maior desempenho no exercício profissional que, por outro lado, reflete em maior produtividade, lucro e faturamento.

De acordo com Fonseca (2002), a crise de eficiência do Estado diante das políticas de gerenciamento dos recursos da Seguridade Social imprime uma redução do tamanho do Estado e o seu deslocamento do ônus para a sociedade. O fracasso do Estado social (*Welfare State*) em razão da crise estrutural do capitalismo fez com que questões referentes à política social e suas medidas de proteção social se tornassem presentes no cenário dessa investigação.

No Brasil, especificamente no que se refere à Seguridade Social, esse fenômeno pôde ser observado através da mercantilização da saúde, focalização da assistência social e pela recente reforma da previdência. Utilizando-se de uma clássica tipologia utilizada nos estudos comparativos sobre os Estados de Bem Estar Social, os modelos são classificados como "modelo residual", "institucional redistributivo" e "meritocrático-particularista" (PEREIRA, SILVA e PATRIOTA, 2006).

No *modelo residual*, a intervenção do Estado possui um caráter temporalmente limitado e deve chegar ao fim quando a emergência é eliminada; é voltada a grupos particulares de indivíduos dotados de características específicas e é pautada pela lógica de mercado. Os Estados Unidos é a referência desse modelo.

O *modelo institucional redistributivo* tem caráter universalista e, com isso, a intervenção é pensada com destinação a toda população e personifica um compromisso institucionalizado com o Bem Estar Social. É um modelo inclusivo, caracterizado pela integralidade e universalidade das políticas sociais.

O Brasil, até meados do final dos anos 1980, tinha suas políticas sociais classificadas no *modelo meritocrático-particularista*, que se fundamenta na premissa de

[11] Os direitos constitucionais de segunda geração são os direitos econômicos, sociais e culturais. Eles identificam-se com as liberdades positivas, reais ou concretas e acentuam o princípio da igualdade.

que cada um deve ter condições de resolver suas próprias necessidades através de seu trabalho, e que a intervenção do Estado dá-se apenas parcialmente, com o intuito de corrigir as falhas de mercado. Após os anos 1990, com configuração de um novo cenário que envolve, entre outros aspectos, a consolidação da Constituição Brasileira e algumas mudanças no plano econômico, trazendo novas modalidades de reprodução da força de trabalho, que se ancoraram principalmente nos processos de privatização, focalização e descentralização das políticas sociais, observou-se uma inflexão do modelo meritocrático-particularista para o residual.

Dessa forma, as tendências que as políticas sociais brasileiras vêm tomando, ainda segundo Pereira, Silva e Patriota (2006), são a de serem centralizadas em programas sociais emergenciais e seletivos, enquanto estratégias de combate à pobreza. As políticas de ajustes implementadas nos anos 1990 enfatizaram os cortes nos gastos sociais com o objetivo de atender o superávit primário. No aspecto social, o Brasil viveu uma tentativa tardia de montagem de um Estado de Bem Estar Social, e as políticas sociais foram reestruturadas numa perspectiva de solidariedade de focalização e seletividade, de refilantropização da pobreza e de responsabilidade social.

Pontuando que os três grandes eixos da Seguridade Social brasileira - Saúde, Previdência e Assistência Social - representam as políticas sociais no Brasil, leva-se a crer que, apesar de a criação do SUS ter suas raízes históricas nas lutas sociais dos anos 1970 e 1980 e que foi calcada como política pública baseada na universalidade e integralidade do atendimento, a Previdência demonstra o que se atém ao modelo residual. O RGPS (Regime Geral de Previdência Social) é seletivo e baseado nos ideais de solidariedade já comentados anteriormente. No caso de concessão de prestações aos não filiados ao regime, ela se dará sempre como “assistência social”, como uma forma de amparo social àqueles que não contribuem à Previdência Social.

É nesse cenário que as LER/Dort, consideradas um grave problema de saúde pública em virtude de sua incidência e de outros fatores, vem a se constituir como uma problemática no âmbito da Seguridade Social. Como os trabalhadores acometidos por LER/Dort são amparados por benefícios do INSS, como é o caso do auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, dentre outros, passam a interferir significativamente no orçamento desse instituto.

O acometimento por LER/Dort e as suas consequências para o mundo do trabalho parecem se apresentar de forma mais grave para algumas categorias de trabalhadores, como os bancários e demais trabalhadores do ramo financeiro, e os

operadores de *telemarketing*, pois estes têm sido mais afetados por essa doença[12] ocupacional. O alcance de afetados por LER/Dort é ainda maior, tendo em vista a notável sub-enumeração dos registros junto ao órgão de previdência pública oficial. A precarização das relações de trabalho e a dificuldade da comprovação do diagnóstico através de exames contribuem para esse quadro, agravado pela automatização das rotinas diárias, quaisquer que sejam as atividades às quais esteja-se referindo.

Decorrente da grande incidência de afastamentos por LER/Dort e da dificuldade do Estado em gerir a cobertura previdenciária desses trabalhadores segurados pela previdência pública, observamos as mudanças que ocorreram no discurso previdenciário quando colocamos em questão as formas através da quais esses corpos são afetados. A LER/Dort, antes doença reservada a um nicho específico de trabalhadores, assume uma dimensão generalista, à medida que acomete até mesmo os não-trabalhadores[13].

Enquanto doença do trabalho, as LER/Dort são equivalentes a um acidente do trabalho para fins de direitos trabalhistas e benefícios previdenciários dos trabalhadores afetados e, como tal, é uma entidade definida pela Previdência Social. No processo de construção social das LER/Dort e seu reconhecimento como doenças do trabalho/profissionais, Alves (2004) aponta os diversos grupos de interesse envolvidos, os critérios diagnósticos e suas implicações, as modificações introduzidas no campo com a nomenclatura DORT, as questões envolvidas na invisibilidade das LER e a discussão sobre tratarem-se ou não as LER e as DORT da mesma doença. Ela defende, ainda, como a mudança de nomenclatura de LER para DORT reflete, além de uma mudança de critérios diagnósticos, aspectos mais abrangentes, inserindo-se num contexto de flexibilização das relações de trabalho, e situando-as no contexto de produção de (uma subjetividade) um corpo para o trabalho, um corpo-máquina.

Para essa autora, a definição moderna de corpo estabelece-se com base na analogia entre seres da natureza e mecanismos. A medicina atual, ou mais especificamente a biomedicina, é ancorada no desenvolvimento conceitual da física, especialmente da termodinâmica, trazendo conceitos como os de conservação de energia, entropia, irreversibilidade e declínio de energia, possibilita a transformação da

[12] É importante ressaltar que, mesmo não sendo reconhecida pela Medicina como uma entidade nosológica, as LER/Dort são reconhecidas pelo INSS como uma doença.

[13] A categoria de "não trabalhadores" ao qual me refiro é constituída daqueles sujeitos que não possuem vínculo empregatício formal ou informal como, por exemplo, as donas de casa que adoecem pelas atividades domésticas, músicos amadores, dentre outros.

imagem do trabalho como uma força de trabalho. Com essa transformação, a ênfase seria no dispêndio de energia em oposição à vontade humana, propósitos morais ou mesmo habilidades técnicas: "*O corpo que trabalha foi então interpretado como o local da conversão, ou troca, entre a natureza e a sociedade – meio através do qual as forças da natureza são transformadas na força que impulsiona a sociedade*" (ALVES, 2004, p. 37).

A imagem do corpo-máquina tem uma forte pregnância para as LER/Dort, que veicula a construção da sua representação enquanto doença do trabalho, ou seja, resultante de um processo de adoecimento em que a atividade laboral produz uma incapacidade, um 'defeito' no mecanismo que suporta essa relação entre o homem e as máquinas.

Na sociedade ocidental, a concepção do corpo como um motor, um mecanismo, tornou-se cada vez mais comum. Esse modelo incorpora a percepção de que essa máquina de trabalho, o corpo do trabalhador, pode apresentar 'defeitos de funcionamento' ou exigir que algumas de suas peças possam ser simplesmente substituídas quando apresentam falhas. As possibilidades que a Medicina tem trazido atualmente, com o uso de próteses e dispositivos eletrônicos, além das cirurgias de transplantes de órgãos, contribuem para essa construção da imagem de um corpo que pode ser reparado quando necessário.

Entretanto, os trabalhadores acometidos por LER/Dort não têm se deparado medidas terapêuticas consideradas efetivas, como se pode observar inclusive nos comentários sobre a dificuldade de tratamento nas próprias publicações do INSS. As dificuldades não começam por aí, pois esses trabalhadores têm travado uma luta constante até mesmo pelo reconhecimento de sua condição de 'lesionados', para, a partir dela, ter acesso à proteção social do Estado. O reconhecimento dessa "identidade negativa", como propõe Paugam (*apud* SAWAIA, 2001), consolida-se com a proposta de desqualificação social daquele trabalhador. Ou seja, para que ele tenha sua condição de portador de direitos previdenciários, sua condição de (in)utilidade precisa ser atestada pelos peritos do instituto previdenciário.

Entretanto, o que se pode observar é que o reconhecimento da condição de adoecimento e incapacidade para o trabalho em virtude do acometimento por LER/Dort tem sofrido várias mudanças ao longo dos anos. A relação dessa enfermidade com o corpo vem admitindo perspectivas diversas, que, além de sofrerem as mudanças habituais do passar dos anos, têm apresentado diferenças até mesmo de acordo com o

país em que a mesma está sendo discutida. Diversos autores defendem que, além dos aspectos médicos e de organização do trabalho, alguns países apresentam um forte componente social envolvido, a ponto de se caracterizarem duas realidades: a primeira, a alta incidência dos distúrbios e lesões e, em segundo, um fenômeno social chamado LER.

Segundo Antonalia (2001), o Japão, na década de 1970, foi um dos primeiros países a reconhecer as LER como uma doença ocupacional. Diferentemente dos países industrializados, onde emergiram no setor industrial, as LER aportaram no Brasil no setor de serviços, em especial nos centros de processamento de dados de empresas estatais, no início da década de 1980. O termo LER foi introduzido no Brasil pelo médico Mendes Ribeiro em 1986, durante o I Encontro Estadual de Saúde de profissionais de processamento de dados no Rio Grande do Sul. A trajetória oficial brasileira das LER foi registrada a partir de 1987, quando o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) reconheceu o caráter de doença ocupacional, mas com restrições à sua denominação, pois era conhecida como a *doença dos digitadores*. O processo de reconhecimento das LER como doença ocupacional, ou seja, sua equiparação como acidente de trabalho, foi acompanhado de uma intensa movimentação social, em especial da categoria sindical que representava os trabalhadores em processamento de dados. Essa mobilização social aparece por diversas vezes nos documentos do INSS, ratificando o forte componente social nas questões que tratam do reconhecimento das LER como doença relacionada ao trabalho e, portanto, com implicações na concessão de direitos previdenciários aos trabalhadores.

Como a enfermidade apresentava outras formas clínicas e poderia ocorrer em outras categorias de trabalhadores, o MPAS, em 1993, aprovou a denominação *Lesões por Esforços Repetitivos (LER)* (CARDOSO, 2004). Para ilustrar essa trajetória jurídico-discursiva percorrida pelas LER/Dort, estão elencadas a seguir as principais publicações do INSS no reconhecimento dessas afecções (COUTO, NICOLETTI e LECH, 2007).

## CORPO DOCUMENTAL NA CONSTRUÇÃO DAS LER/DORT COMO ACIDENTE DE TRABALHO

a. *Portaria 4.062, de 1987*

Nos documentos publicados pelo INSS observa-se a percepção do Estado sobre esse conflito entre trabalhadores e previdência pública oficial para o reconhecimento do direito de proteção social dos trabalhadores acometidos por LER/Dort. Nas seções que antecedem os aspectos técnicos das instruções normativas do INSS, assim como no primeiro documento que reconheceu os sintomas musculoesqueléticos dos digitadores como doença do trabalho, através da Portaria do Ministério da Previdência e Assistência Social de nº 4.062, de 1987, observa-se essa relação de luta por reconhecimento, quando a mesma se remete ao requerimento do Sindicato dos Empregados em Empresas de Processamento de Dados do Estado do Rio de Janeiro, que deu origem ao processo administrativo de nº 300000.006119/87 e culminou no reconhecimento da tenossinovite de digitador como uma doença ocupacional.

Observa-se ainda, nesta mesma portaria, outros elementos relacionados às lutas dos trabalhadores, quando a mesma declara que "*[...] a síndrome é resultante de condições especiais ou adversas em que o trabalho é realizado [...]*" e que, quando essas condições forem observadas pela perícia médica previdenciária, "*[...] o fato deverá ser comunicado, de imediato, ao setor competente da Delegacia Regional do Trabalho*." (BRASIL, 1987).

É interessante observar que essa publicação faz menção clara e objetiva a uma mobilização social do sindicato de uma categoria de trabalhadores, pleiteando um reconhecimento a favor dessa classe de trabalhadores. Esse sindicato representava os empregados do SERPRO (Serviço Federal de Processamento de Dados). O SERPRO é atualmente a maior empresa pública da América Latina em prestações de serviços em Tecnologia da Informação, e, àquela época, concentrava o maior quantitativo de trabalhadores do setor de processamento de dados.

Observa-se, nas práticas discursivas que configuram o cenário de concessão de benefícios previdenciários, a construção de um objeto de reconhecimento: o trabalhador incapacitado para o trabalho em virtude do acometimento pelas LER/Dort. O advento da automação, da reestruturação produtiva e da consequente luta pela regulamentação dos profissionais de TI nos anos 1980 e 1990 tornam o cenário propício para a construção desse objeto.

*b. Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade, de 1993 (NTAI/93)*

No tocante às conceituações e formas clínicas das LER/Dort utilizadas pelo INSS para a concessão de benefício acidentário, verifica-se que, embora haja semelhanças na sintomatologia da doença, a abordagem etiológica vem sofrendo mudanças consideráveis. Para a análise dessas concessões, são utilizadas as Normas Técnicas de Avaliação de Incapacidade (NTAIs). Essas normas referem-se aos procedimentos, metodologia e atribuições para fins de avaliação pericial e concessão de benefícios previdenciários por incapacidade, o que compreende as repercussões da doença na capacidade laborativa. O INSS publicou NTAIs referentes às LER/Dort em 1993, 1998 e 2003. Entretanto, elas ilustram uma mudança de perspectiva nas redes discursivas sobre essa doença, pois desarticulam a relação quase intrínseca entre LER e atividades do trabalho (VERTHEIN, 2001).

Em 1993 o INSS publica a NTAI/93, baseada nas resoluções SS 197/92, da Secretaria de Saúde de São Paulo e na resolução 245/92, da Secretaria de Estado do Trabalho e da Ação Social e Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Essas publicações se deram após uma ampla discussão com diversos segmentos sociais. O contexto da publicação dessa norma técnica registra um momento histórico de denúncia e reivindicação de direitos de cidadania, sendo esta a primeira vez em que uma publicação como essa é resultado da ação conjunta entre os técnicos da Previdência Social e outros setores da sociedade (ARAÚJO *apud* ALVES, 2004).

No que se refere ao contexto médico dessa norma, há a alusão à hiper-solicitação de alguns músculos e tendões. A causa das LER é atribuída aos movimentos repetitivos e/ou forçados, com ritmo muitas vezes imposto pela velocidade da própria máquina, em postura nem sempre adequada às suas condições pessoais. Segundo essa publicação, essa hiper-solicitação, em geral por longas e contínuas jornadas de trabalho, pode causar desordens neuro-músculo-tendinosas. Assim, a publicação do instituto previdenciário parece atestar as condições inadequadas de trabalho, relacionando, de certa forma, as LER à exploração do trabalhador e à submissão do seu corpo ao ritmo da máquina.

### *c. Ordem de Serviço 606 (OS-606/98)*

A Ordem de Serviço de nº 606, publicada pelo INSS em 05 de agosto de 1998, aprova uma importante atualização clínica sobre as LER, utilizando, pela primeira vez, a denominação DORT – Distúrbios Oestomusculares Relacionados ao Trabalho. Essa

atualização, segundo essa publicação, foi resultado de estudos coordenados pela Divisão de Perícia Médica do INSS.

d. *Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade, de 1998 (NTAI/98)*

A NTAI/98, aprovada pela OS/606, substitui a anterior com a presença de novos elementos, dentre eles as modificações na legislação trabalhista, com destaque para a flexibilização das relações trabalhistas, a regulamentação dos contratos temporários de trabalho e as calorosas discussões sobre a reforma previdenciária (ALVES, 2004). Com essa norma técnica, ocorre o deslocamento da etiologia das LER, que passa da causalidade relacionada à atividade laborativa para uma patologia inespecífica, caracterizando-se como uma espécie de síndrome clínica. Por conseguinte, a expressão utilizada para designar essa doença também muda, sendo utilizado o termo Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT) para nomear esse quadro sintomático tanto nos manuais e normas do Ministério da Previdência e Assistência Social quanto do Ministério da Saúde (2001).

O DORT é definido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) como uma síndrome clínica, caracterizada por dor crônica acompanhada ou não por alterações objetivas e que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho. Com essa nova conceituação, na qual a causa para os sintomas pode ser encontrada em situações mais abrangentes - englobando qualquer atividade do cotidiano que não especificamente as laborativas - abre-se a possibilidade para a recusa do nexo causal entre as manifestações clínicas da doença e o trabalho.

A mudança da expressão LER para DORT significa mais que uma simples mudança de nomenclatura; ela marca a diferença conceitual entre lesão e distúrbio. Na lesão, supõe-se uma alteração orgânica e a impossibilidade de retorno ao estado inicial. Quando se opta pelo conceito de distúrbio, o caráter de temporalidade apresenta consigo a possibilidade de reconstituição de um equilíbrio anterior perdido. Essa mudança traz resultados significantes para os enunciados que compõem o campo de construções discursivas sobre o corpo do sujeito-doente afetado por LER/Dort. Um deles diz respeito à cessação dos benefícios e reinserção desses trabalhadores no mercado de trabalho. Com a perspectiva de um restabelecimento de um estado anterior, tal como no

DORT, o processo de reabilitação torna-se mais plausível. O conceito de lesão presume a relação com a atividade laboral e a existência de um dano ao corpo. O termo distúrbio, ao contrário, é muito abrangente, dispensa a relação causal e não exige qualquer explicação quanto ao mecanismo de acometimento.

De acordo com Salim (2003), no final da década de 90 – que coincide com a publicação da NTAI/98 – o MPAS criou um verdadeiro "biombo institucional", dificultando sobremaneira o diagnóstico e reconhecimento das LER/Dort e, como consequência, a consignação de direitos aos lesionados. Diante desse impasse, uma saída recorrente tem sido a busca da garantia de direitos trabalhistas (concessão de benefício acidentário e previdenciário, pagamento de pensão vitalícia, reconhecimento de estabilidade no emprego, dentre outros) através da Justiça do Trabalho.

*e. Instrução Normativa 98 (IN-98/2003)*

A publicação da IN-98, em 2003, aprova a atualização da Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade referente à OS-606, produto de constantes reivindicações das entidades representativas dos trabalhadores e de outras transformações sociais ocorridas desde a publicação em 1998 :

> [...] em razão das constantes reivindicações da população trabalhadora [...] Considerando a necessidade de simplificar, uniformizar e adequar a atividade médico-pericial frente ao atual nível de conhecimento da síndrome das Lesões por Esforços Repetitivos - LER, e dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT; Considerando a evolução da Medicina do Trabalho, da Medicina Assistencial e Preventiva e dos meios de diagnósticos, bem como a nova realidade social [...] (BRASIL, 2003, p. 1).

Como os demais instrumentos legais que aprovaram as NTAIs, a IN-98 reitera que os procedimentos periciais que regem a concessão dos benefícios acidentários relacionados ao trabalho e a reabilitação profissional serão disciplinados por orientações internas daquele órgão. Começa a se observar, a partir de então, que as publicações daquele instituto buscam, de certa forma, pedagogizar os profissionais no que se refere aos procedimentos médico-periciais para o reconhecimento do acometimento pelas LER/Dort.

*f. Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade, de 2003 (NTAI/03)*

A NTAI vigente atualmente, haja vista terem sido revogadas todas as anteriores, é a publicada em 2003 e aprovada pela IN-98/03. A atualização clínica dessa norma se apresenta mais substanciosa, e o reconhecimento da grande frequência de adoecimentos e até mesmo de incapacitações está apresentado de forma bastante clara:

> Frequentemente são causa de incapacidade laboral temporária ou permanente [...] A necessidade de concentração e atenção do trabalhador para realizar suas atividades e a tensão imposta pela organização do trabalho, são fatores que interferem de forma significativa para a ocorrência das LER/DORT (BRASIL, 2003, p. 1).

A relação entre o processo de adoecimento e a organização social do trabalho é formalmente declarada no item que trata sobre os aspectos epidemiológicos das LER/Dort:

> Com o advento da Revolução Industrial, quadros clínicos decorrentes de sobrecarga estática e dinâmica do sistema osteomuscular tornaram-se mais numerosos. No entanto, apenas a partir da segunda metade do século, esses quadros osteomusculares adquiriram expressão em número e relevância social, com a racionalização e inovação técnica na indústria, atingindo, inicialmente, de forma particular, perfuradores de cartão. A alta prevalência das LER/DORT tem sido explicada por transformações do trabalho e das empresas. Estas têm se caracterizado pelo estabelecimento de metas e produtividade, considerando apenas suas necessidades, particularmente a qualidade dos produtos e serviços e competitividade de mercado, sem levar em conta os trabalhadores e seus limites físicos e psicossociais. Há uma exigência de adequação dos trabalhadores às características organizacionais das empresas, com intensificação do trabalho e padronização dos procedimentos, impossibilitando qualquer manifestação de criatividade e flexibilidade, execução de movimentos repetitivos, ausência e impossibilidade de pausas espontâneas, necessidade de permanência em determinadas posições por tempo prolongado, exigência de informações específicas, atenção para não errar e submissão a monitoramento de cada etapa dos procedimentos, além de mobiliário, equipamentos e instrumentos que não propiciam conforto (BRASIL, *ibidem*, p. 2).

Além da importância atribuída à organização social do trabalho, observa-se ainda nessa publicação a referência aos aspectos psicossociais e experiências subjetivas: "*A "percepção" psicológica que o indivíduo tem das exigências do trabalho é o resultado das características físicas da carga, da personalidade do indivíduo, das experiências anteriores e da situação social do trabalho*" (BRASIL, *ibidem*, p. 2).

Essa atualização da norma técnica aparece como importante instrumento técnico e pedagógico do perito médico previdenciário para reconhecer os casos de LER/Dort.

Desde o seu reconhecimento como doença ocupacional, as LER/Dort apresentaram uma grande incidência e foram responsáveis pelo aumento progressivo da concessão de benefícios previdenciários e acidentários, fazendo com que as despesas com essas prestações representassem um custo muito alto para a Previdência Social. Os anuários estatísticos do INSS sinalizaram, para efeitos de controle orçamentário da União – responsável financeira por arcar com os custos que ultrapassem o orçamento previdenciário -, que medidas preventivas e corretivas deveriam ser tomadas a fim de conter aquele “fenômeno”.

Dentre essas medidas, podemos assinalar a edição e atualização de importantes Normas Regulamentadoras (NRs) do Ministério do Trabalho, como a NR-4, que regulamenta a criação dos SESMTs (Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho) nas empresas, e a NR-17, sobre Ergonomia, que visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às condições psicofisiológicas dos trabalhadores. Há ainda, dentre as demais, a NR-7, que estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos trabalhadores da empresa.

# Capitulo 2

## A corporalidade entre Saúde e Trabalho

*"[...] para o indivíduo cujo trabalho é subitamente modificado; para uma dada profissão (tipógrafo, bancário, piloto) bruscamente atingida pela revolução tecnológica, que torna obsoleto o* savoir-faire *tradicional e ameaça a própria permanência da profissão [...] – para todos estes, a revolução técnica manifesta-se como um "outro" ameaçador."*

Pierre Lévy

*As tecnologias da inteligência, 2010*

## O TRABALHADOR BANCÁRIO EM TEMPOS DE REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA

Nas três últimas décadas, a maioria dos trabalhadores experimentou mudanças significativas e intensas com a reestruturação produtiva do trabalho. Essas mudanças exerceram profunda influência nos modos de trabalhar[14] e suas influências foram estendidas para a vida como um todo, reconfigurando os modos de ser, agir e habitar dos sujeitos nas suas mais diversas dimensões.

O trabalhador bancário, com o advento da automação e de novas formas de gerenciamento do trabalho a partir dos anos 1980 e, com mais intensidade, dos anos 1990, tem experimentado um processo de transformação em que as novas tecnologias são apresentadas como detentoras de um papel fundamental. Os bancos e demais instituições financeiras podem ser considerados como um exemplo paradigmático no que se refere às transformações que sofre o mundo do trabalho e os modos de trabalhar. As novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros advêm de inovações emergentes em base comercial, tecnológica e organizacional. Essas tecnologias adotadas por esse segmento aumentaram a rapidez do fluxo do dinheiro e têm gerado modos de trabalhar diversos que implicam qualificação, recolocação e, por vezes, desemprego (GRISCI, 2002).

A configuração desse cenário acarretou aos trabalhadores uma obrigação de abertura ao novo, uma reapropriação dos modos de experimentar o tempo agora marcado pela rapidez com que essas novas tecnologias se tornam obsoletas e apresentam atualizações de suas versões, principalmente no que diz respeito ao mercado de serviços bancários e seu intenso regime de competitividade.

Um caixa executivo de um banco, por exemplo, antes tinha à sua frente uma fila de clientes, que, de pé, aguardavam pacientemente o seu chamado. Para realizar as operações bancárias demandadas pelo cliente, era necessária uma longa consulta aos blocos de anotações contábeis das contas de clientes. O dinheiro era entregue em espécie e toda aquela movimentação financeira era contabilizada por ele mesmo, com lançamentos a débito e a crédito nas contas contábeis equivalentes. Com o advento da

[14] Fonseca (2002) usa a expressão *modos de trabalhar* para designar o reconhecimento de uma pluralização do trabalho e de diferenciações nos próprios modos de organizá-lo, não se tratando, entretanto, de estabelecer distinções entre diferentes setores da economia contemplados na extensa divisão social do trabalho.

automação bancária, o terminal financeiro assumiu o cumprimento do serviço demandado: bastam alguns cliques após a inserção de um cartão com *chip*, e várias transações financeiras se realizam sem que esse trabalhador precise conhecer algum princípio contábil. O detentor do conhecimento, a partir de então, passa a ser o aplicativo instalado no computador. Ao bancário, basta ter capacidade de se adaptar às frequentes atualizações dos aplicativos e maquinários instalados em seus computadores de trabalho.

De acordo com Fonseca (2002), esse paradigma de relações sociais marcados pela conflitualidade, em que os modos de trabalhar e de subjetivar têm estado em convulsão, foi introduzido no âmbito da sociedade pela globalização e internacionalização do capital associados ao incremento da ideologia neoliberal, meritocrática e idealista. Tendo a contemporaneidade se configurado como um tempo social marcado pelas incertezas, as pessoas passam a conviver com o desafio de existir no limite intervalar, no entre do que foi e do que está por vir. Na expectativa de estar aqui e, a qualquer movimento, ser 'atualizado' por uma nova versão – quando passa por processos de formação contínua – ou substituído por um novo aplicativo ou um novo trabalhador mais adaptável às constantes mudanças.

Esse movimento de rápida substituição também é ressaltado por Hannah Arendt (2010), quando a mesma afirma que a repetição e a interminabilidade impressas no processo de fabricação após a Revolução Industrial o contaminaram com a marca da circularidade do trabalho: com a necessidade de cada vez mais rapidamente substituir as coisas mundanas que nos rodeiam, passamos a desrespeitar suas durabilidades. Assemelham-se, assim, objetos de uso e bens de consumo. A durabilidade do objeto de uso vai dando lugar à perecibilidade. Essa transformação no modo de viver o tempo do trabalho nos leva a crer que os trabalhadores, assim como os objetos de uso, passam a ser cada vez mais substituíveis: por máquinas, por novas pessoas, por novos processos dos quais já não fazem parte. Como a autora adverte, o perigo consiste em que, deslumbrada pela abundância de sua crescente fertilidade e presa ao "suave" funcionamento de um processo interminável, a sociedade já não seja capaz de reconhecer a sua própria futilidade.

A sensação de esvaziamento do trabalhado é agravada pela moderna divisão do trabalho. Arendt (*ibidem*) ressalta que o trabalho qualificado tende a ser abolido como consequência dessa nova divisão, na qual uma atividade é dividida em tantas partes minúsculas que para cada executante especializado é requerida apenas um mínimo de

qualificação. Durante o processo de reestruturação bancária, o bancário altamente especializado em operações contábeis deixa de ser pré-requisito para o funcionamento do sistema financeiro. No lugar dele, a necessidade de mão de obra de baixa qualificação, mas apta a aprender a manusear computadores de forma mecânica, ou seja, "homens-máquina" que, no caso de necessidade de interação humana entre automação bancária e cliente, fazem a intermediação (ou finalização de serviço, como é conhecida no jargão bancário).

É importante ressaltar que, dentre as funções que existem nas instituições financeiras, o caixa executivo e o escriturário são aqueles que apresentam maior incidência de LER/Dort. Essa sensação de esvaziamento e transformação das atividades dos bancários ao qual me refiro envolve especialmente essas duas categorias de trabalhadores. Pode-se imaginar que, com a necessidade que o processo de automação bancária imprimiu para a especialização em áreas como a microinformática e afins, houvesse uma migração de conhecimento de uma área para a outra. Entretanto, o que se observou foi a terceirização de serviços nas áreas de informática, não corroborando, assim, a nova formação técnica que poderia caracterizar o bancário (caixa ou escriturário) na contemporaneidade.

Em uma de suas publicações, Lazzarato (2011) desenvolve uma análise socioeconômica sobre as condições de trabalho, de emprego e desemprego dos trabalhadores intermitentes do espetáculo na França[15] e aponta questões pertinentes e que se avizinham ao cenário que construímos ao longo do texto, sendo elas: os efeitos de poder dos dispositivos econômicos e sociais (do assalariado e dos mecanismos do Estado-providência sobre a subjetividade), os efeitos de poder das práticas discursivas (dos intelectuais, dos *experts* e das mídias), a complexidade das modalidades de assujeitamento das políticas neoliberais e dos processos de subjetivação. O trabalhador bancário, com o advento da automação, passa a se encontrar nesse campo de mobilidade, modulado pela precariedade dos laços e insegurança, pela nova experimentação do tempo do trabalho, tempo dos milissegundos, das repetições, do conectar-se à máquina como extensão dos seus membros. Tudo isso ao mesmo tempo em que se depara com novas formas de assujeitamento e de modalidades de recusa, de luta e de subjetivação política.

[15] São considerados como intermitentes os trabalhadores dos setores cênico, audiovisual e artístico da indústria do espetáculo.

Para Lazzarato (*ibidem*), a concorrência em suas mais variadas combinações - entre trabalhador e máquina, trabalhador e outro trabalhador, empresa e empresa, empresa e trabalhador - passa a caracterizar o princípio de organização do mercado. Se o mercado organizado pela troca se regula pela igualdade, o mercado da concorrência é gerido pela desigualdade. Essa dinâmica que faz rivalizar uns contra os outros é formulada pela desigualdade, aguçada pelo apetite dos sujeitos de, no diferenciar-se, alcançar uma melhor posição no cada vez mais flexível e precário mercado de trabalho.

A espetacular revolução gerada no mundo do trabalho pela introdução de novas tecnologias, não apenas no âmbito dos equipamentos informatizados como também nos modelos de gerenciamento de recursos materiais e de força de trabalho, tem engendrado o que Fonseca (2002), corroborando com Lazzarato, chamou de uma 'devastação social-individual e coletiva' significativa, que se caracteriza principalmente pela elevação dos níveis competitivos, que trazem consigo o confronto entre as nações e até mesmo confronto entre trabalhadores, quando o que está em questão é a garantia de posição no mercado de trabalho.

Lazzarato afirma que o trabalhador tem que efetuar uma multiplicidade de investimentos (formação, mobilidade, afetividade) para otimizar as suas performances, como empresário de si mesmo e, assim, tornando-se "capital humano". O que agora é exigido do indivíduo não é mais a garantia de produtividade do trabalho, mas a rentabilidade de um capital. O trabalhador não é mais um fator de produção, mas um capital-competência, uma "máquina-competências', que vai de par com um "estilo de vida, um modo de vida" (aspeado no original).

Concebido como o único capaz de alocar racional e eficazmente os recursos, o governo do mercado fundado na concorrência revela uma necessidade de intervir nas políticas sociais para individualizar os sujeitos. Foucault (*apud* LAZZARATO, 2011, p. 22) ressalta que *"[...] se trata de uma "individualização" da política social, que não tem por meta garantir aos indivíduos a cobertura social contra os riscos, mas sim constituir um espaço econômico no interior do qual eles possam assumir e enfrentar individualmente os riscos"*.

De acordo com Salim (2003), as novas formas de organização do trabalho decorrentes da reestruturação produtiva referidas ao longo do texto, imbricadas às pressões do imperativo das novas tecnologias e situações de risco, do mercado informal e a consequente precarização das relações sociais de trabalho, reforçam os agravos à saúde do trabalhador. Doenças ocupacionais como as LER/Dort e os quadros

depressivos, por exemplo, passam a se apresentar como sérios problemas de saúde pública e, até mesmo, considerados como uma epidemia, como é o caso dos quadros associados às LER/Dort. Consequentemente, assiste-se à configuração de uma rede de dispositivos que atuam na proteção social dos trabalhadores: Centros de Referência do Trabalhador (CERESTs), Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST) e, mais recentemente, a publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). E, em consonância com a própria lógica do estado neoliberal, está alimentado o paradoxo entre a precarização do trabalho e a criação de dispositivos de proteção aos trabalhadores por ela afetados.

## O CONTEXTO INSTITUCIONAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR (ST) NO BRASIL

Não elegi como intenção dessa pesquisa refazer a trajetória da Saúde do Trabalhador no Brasil, mas esse recorte histórico contribui de forma significativa para as análises que ensejei tratar aqui. Dessa forma, usei de Minayo-Gomes (2011) um levantamento sobre essa trajetória, para que possa relacioná-la, posteriormente, com a publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), ocorrida em 2012.

Segundo esse autor, a conjuntura política de organização e de lutas pela redemocratização do país, em especial a partir da década de 1980, criou condições de possibilidades para que se originasse o campo da Saúde do Trabalhador (ST). Ele relacionou uma série de acontecimentos que confluíram para que esse campo se tornasse possível, dentre eles a instituição, em 1978, dos SESMTs (Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho) e o resgate, na Carta Constitucional de 1988, do papel do setor de saúde do Estado de intervir no espaço do trabalho.

O avanço da produção acadêmica em setores da medicina preventiva e social e da saúde pública, apoiado na medicina social latino-americana, ampliou o quadro interpretativo do processo saúde-doença, incorporando categorias como ‘trabalho’ e ‘classe’ entre os determinantes sociais. Em consonância como esse avanço, o movimento pela Reforma Sanitária brasileira, inspirado em várias iniciativas mundiais, com especial atenção à italiana, contribuiu para a institucionalização da área de ST.

No âmbito da categoria dos trabalhadores, o fortalecimento dos movimentos organizados por trabalhadores, a conquista de direitos elementares de cidadania e a consolidação do direito à livre organização contribuíram para a ampliação das reivindicações trabalhistas, dentre elas, questões relacionadas à saúde. A realização da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores em 1986, e a criação dos Programas de Saúde do Trabalhador e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador deram início a consolidação da constituição dos serviços de saúde no trabalho como política pública.

Como ressalta Minayo-Gomes (2011), o discurso da saúde do trabalhador emerge, do ponto de vista acadêmico, político e institucional na saúde coletiva, em contraposição à base conceitual e prática das concepções hegemônicas sobre a relação trabalho-saúde da Medicina do Trabalho (MT) e da Saúde Ocupacional (SO). Utilizando-se da abordagem da Saúde Ocupacional ao mesmo tempo em que tenta superá-la, o campo da Saúde do Trabalhador tem como ferramentas as práticas e conhecimentos da clínica, da medicina preventiva e da epidemiologia clássica. Como discurso disciplinar e profissional, abrange fundamentalmente as áreas de Medicina e de Engenharia de Segurança.

Superada a visão da Saúde Ocupacional, prossegue o autor, a ST vai se situar na perspectiva da ‘saúde como direito’, como foi corroborada pela universalização do acesso com o Sistema Único de Saúde (SUS) e transcendida pelo marco do direito previdenciário-trabalhista. Assim, cabe o entendimento do objeto da ST como o processo de saúde e doença em sua relação com o trabalho, que, ressaltado pelos aspectos do direito previdenciário e trabalhista, abrange sua capacidade protetora contra agravos à saúde do trabalhador.

É justamente nessa perspectiva de saúde como direito que se configura um embate interministerial, envolvendo os Ministérios da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho e do Emprego, no qual os agentes envolvidos tomam para si a saúde do trabalhador como objeto, mas o fazem em um coletivo desigual, estruturalmente determinado por conflitos e embates de concepções e práticas que se excluem, não compartilham o discurso sobre aquele objeto em comum.

Apesar de que, do ponto de vista institucional, a área de Saúde do Trabalhador, vem apresentando um contínuo crescimento nos últimos anos, especialmente no que se

refere ao campo assistencial, o Ministério da Saúde ainda apreende a ST como um apêndice da Vigilância em Saúde, mais uma ‘ala’ do SUS, compartimentalizada.

A Previdência Social e sua representação ministerial têm a Saúde do Trabalhador como uma estratégia de redução de custos previdenciários, menosprezando e muitas vezes ignorando os saberes e práticas que se constituem nesse campo quando se trata de normatizações previdenciárias.

No Ministério do Trabalho e do Emprego (MTE) assiste-se a uma notável fragilização do movimento dos trabalhadores. Mesmo quando se percebe a representação legitimada dos trabalhadores nas comissões interinstitucionais e nos conselhos gestores, a participação do trabalhador fica bastante diluída, descaracterizada do que se entendia pelos grandes movimentos sindicais que mobilizaram o chamado ‘controle social’ até o final do século XX. A saúde do trabalhador, assim, fica muitas vezes resumida a uma questão de responsabilização de alguns ou a culpabilização da vítima, onde palavras como ‘imperícia, ‘imprudência’ são rapidamente diferidas para caracterizar os graves e constantes acidentes de trabalho.

Vasconcellos e Machado (2011) afirmam que desde que o campo da saúde do trabalhador foi inscrito no sistema de saúde brasileiro, do ponto de vista ideológico e normativo como atribuição de saúde pública, o Estado brasileiro vem sendo chamado a uma responsabilidade de traçar políticas para a área. Desde os anos 1990, marco temporal em que as leis orgânicas de saúde foram promulgadas, que se veem muitas tentativas de se traçar uma política nacional. Os autores ressaltam, entretanto, que um dos grandes desafios para essa formulação de um plano de ação do Estado brasileiro na área de ST consiste em enfrentar a blindagem política que insiste em não considerar a centralidade da categoria trabalho como determinante social dos agravos à saúde da população. Confirmar, afirmar ser o trabalho - a mola propulsora da sociedade econômica - um fator condicionante para o adoecimento vai de encontro às práticas discursivas que reificam o trabalho como sentido principal, senão exclusivo, das subjetividades humanas, e que alimentam a lógica do mercado concorrencial, pautado nos ideais neoliberalistas de ‘faça-se a si mesmo’.

Segundo esses autores, as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, desde meados dos anos de 1990, têm provocado o Estado brasileiro para uma definição política e mais resolutiva em relação à área, demandando dele a formulação de uma política nacional que subsidie planos de ação para a ST. Quase duas décadas depois, em

23 de agosto de 2012, através da portaria de n.º 1.823 do Ministério da Saúde, assiste-se à promulgação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), pelo Ministério da Saúde.

A PNSTT anuncia claramente a sua ênfase na vigilância, com vistas a promover e proteger a saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade[16] decorrente de modelos de desenvolvimento econômico e social e dos processos produtivos. Alguns conceitos básicos do embasamento político que sustenta a saúde como um todo é ratificado, como a universalidade e a transversalidade das ações:

> Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política (BRASIL, 2012, p. 1).

No contraponto dessa política - que tem como gestora o Ministério da Saúde - com o que define como abrangência as publicações normativas do INSS, fica iminente a seletividade da segunda, quando restringe aos filiados o acesso às prestações acidentárias. Aos indivíduos que não se encontram filiados ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e abrangidos pelo escopo dos beneficiários de acidentes de trabalho, restam apenas os benefícios assistenciais – mais comumente conhecidos como amparos sociais -, mas que só abrangem idosos ou deficientes. A universalidade de cobertura, à qual se pretende a Saúde, não pode ser transportada ou imaginada à Previdência, apesar de serem ambas componentes da Seguridade Social brasileira.

Não desmerecendo a universalidade de atendimento, a PNSTT pretende priorizar os trabalhadores, pessoas e grupos que se encontram em maior vulnerabilidade, como:

> [...] aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde [...] (BRASIL, 2012, p. 2).

Na PNSTT, defende-se que são necessárias mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, e que o conhecimento técnico e os saberes precisam ser atravessados pelas experiências e subjetividade dos trabalhadores e, estes, com as

[16] Morbimortalidade significa o impacto das doenças e dos óbitos que incidem em uma população.

respectivas práticas institucionais. Ele ainda afirma a necessidade de incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, demonstrando uma especial atenção à informação e ao registro de dados que possam subsidiar as ações de vigilância em ST.

A interlocução interministerial é formalizada nessa política, principalmente do ponto de vista informativo, quando se declara como estratégia a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores, e a necessidade de integração de base de dados de notificações compulsórias, como a do Ministério do Trabalho e do Emprego[17] e a base de dados da Previdência Social. Essa última, que se refere diretamente ao nosso objeto de estudo, tem sido chamada a reconhecer e, com isso, gerir colaborativamente, as notificações dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Essa notificação é feita através do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), que é considerado um dos sistemas mais importantes para a vigilância epidemiológica do SUS[18].

Em virtude das publicações do Ministério da Saúde não serem elencadas como objeto principal dessa pesquisa e de que a PNSTT ainda nem havia sido publicada no momento em que esse projeto se delineava, não se ensejará aqui um estudo elaborado e detalhado das condições em que a mesma foi produzida e posta em circulação, mas não se pode, ao mesmo tempo, deixar de falar sobre ela e de como a PNSTT vem materializar a configuração de um cenário em que uma articulação entre os ministérios se evidencia como urgente e necessária a fim de dar conta da problemática do trabalhador que é acometido por uma doença que pode torna-lo incapacitado para o trabalho.

---

[17] Dados como a RAIS (Relação Anual de Informações Sociais), na qual são solicitadas informações socioeconômicas aos empregadores sobre os seus empregados e subsidiam os sistemas de Seguro Desemprego, Abono Salarial, PIS (Programa de Integração Social), PASEP (Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público), FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço) e para os sistemas do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e INSS e para o CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados); e ainda o SFIT (Sistema Federal de Inspeção do Trabalho), que oferece suporte para o planejamento da fiscalização de todas as Delegacias do Trabalho e aos órgãos do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

[18] Para mais informações sobre os demais sistemas de informação do SUS, consultar: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/2067/capitulo_3_%E2%80%93_sistemas_de_informacao_em_saude_e_vigilancia_epidemiologica.htm.

O trabalhador que adoece, e que, portanto, precisa se ausentar ou se afastar definitivamente de suas atividades laborais (quer por incapacidade, quer por morte) inicia uma trajetória que envolve, ao menos, os campos da Saúde, da Seguridade e do Trabalho. Ele se afasta de suas atividades e, por ser filiado ao RGPS, ele ou seus dependentes provavelmente terão acesso aos benefícios previdenciários. Esse acesso, cada vez mais recorrente, dispendioso e duradouro, tem implicações para a gestão orçamentária da seguridade social, dentre outras.

Esse mesmo trabalhador aciona os serviços de saúde para processos terapêuticos e de reabilitação. Os agravos físicos muitas vezes somam-se aos prejuízos psicológicos e socioeconômicos, pois esse trabalhador convive com o estigma da incapacidade para o trabalho. Em uma sociedade na qual um dos principais vetores de subjetivação é o trabalho, a relação entre o indivíduo e a sua (in)capacidade de produzir sentido através do trabalho pode se configurar como mediadora extremamente significativa na produção de saúde mental. A incapacidade gerada para o trabalho, na maioria das vezes, estende-se para atividades cotidianas, fazendo com que seus efeitos contaminem também as relações pessoais mais próximas e com a coletividade.

No campo do Trabalho, observa-se que os afastamentos de trabalhadores acometidos por acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais tem se dado em uma faixa etária em que aquele indivíduo é altamente produtivo, ou seja, em que existe uma considerável expectativa na sua capacidade de geração econômica e contributiva. Se contabilizar-se, ainda, a rede de indivíduos que podem estar economicamente subjugados a esse trabalhador, haverá uma rede ainda maior de indivíduos que, possivelmente, poderão acessar benefícios e demais dispositivos de assistência governamentais e para-governamentais[19].

## O CORPO-PERFORMANCE E O ADOECIMENTO POR LER/DORT

O adoecimento por LER/Dort tem se configurado como um quadro social grave, tendo em vista seu caráter epidêmico e o fato de que algumas das patologias que

[19] Chamamos de dispositivos para-governamentais aqueles que, mesmo sem compor estruturalmente a organização do Estado na gestão social, fazem parte dela, como as Organizações Não Governamentais (ONG's) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), por exemplo.

compreendem as LER/Dort serem crônicas, recidivas e de terapia difícil (elas se renovam precocemente quando da simples retomada dos movimentos repetitivos). A incapacidade instalada na vida dos trabalhadores lesionados não se resume apenas ao ambiente de trabalho, mas se apodera de atividades cotidianas simples e corriqueiras. Acrescenta-se a essa preocupação o fato de que a população mais atingida é composta de adultos em plena capacidade produtiva (30-40 anos), com perspectiva de que essa faixa etária diminua e atinja os jovens adultos (20-30 anos). Com isso, os números ascendentes de benefícios pleiteados e/ou concedidos trazem consigo fortes impactos ao sistema previdenciário brasileiro, e, por conseguinte, na distribuição desse ônus para a sociedade.

Verthein (2001), em sua pesquisa sobre as redes discursivas que negam o nexo das LER/Dort com a atividade laborativa, aponta para uma preocupação constante com os custos de indenizações pagas aos trabalhadores lesionados em diversos países. Além do Brasil, países como Austrália, Canadá, Alemanha, Estados Unidos vêm discutindo essa temática, na qual tem se destacado, atualmente, um enfoque reumatológico para esse quadro de sintomas.

O gerenciamento eficaz dos recursos dispendidos pelo Estado nas políticas de proteção social dos trabalhadores e o deslocamento de todo o ônus que excede a dotação orçamentária para a sociedade tornam-se premissas para um Estado neoliberal. Esse deslocamento dos custos gera controvérsias e disputas, trazendo um novo enunciador quanto às definições sobre o corpo afetado e a garantia dos direitos do trabalhador: o discurso jurídico trabalhista. Ele é chamado a participar e a decidir sobre o impasse entre Estado, trabalhador e empresa quando o assunto é concessão do benefício previdenciário por incapacidade em virtude de acometimento por LER/Dort.

Diante desse quadro discursivo, em que as instâncias do Estado trazem enunciações sobre o corpo do trabalhador que é acometido por LER/Dort, observa-se a constituição de sentidos sobre a inutilidade do corpo e suas reverberações para o mundo do trabalho, em especial sobre a construção dos direitos dos trabalhadores referentes à garantia de proteção social do Estado. No debruçar-se sobre essas práticas discursivas em torno da conceituação sobre a incapacidade do corpo para o trabalho, surge uma oportunidade para ampliar o debate sobre o reconhecimento e garantia de proteção do Estado ao trabalhador que se encontra em uma situação de fragilidade.

A reestruturação produtiva e as reverberações que as mudanças tecnológicas e na forma de organização do trabalho trouxeram consigo afetaram os modos pelos quais os trabalhadores dão sentido ao corpo enquanto instrumento de trabalho. O ritmo acelerado, a adaptação às novas tecnologias, a automatização dos procedimentos, a exigência das divisões de tarefas e a consequente especialização advinda desta divisão estabelecem diversos contextos de produção de sentido para o corpo do trabalhador. Cada vez mais, esse corpo que presentifica o homem no ambiente de trabalho assume um posicionamento de extensão da máquina. Em sincronia com as demais ferramentas de trabalho – o teclado, as leitoras de códigos de barra, as teclas do telefone, etc. -, o corpo vive o tempo da automação: pequenos esforços, sincrônicos, como respostas rápidas frente às necessidades do trabalho.

Como aponta Le Breton (2010, p. 26),

> O corpo é socialmente construído, tanto nas suas ações sobre a cena coletiva quanto nas teorias que explicam seu funcionamento ou nas relações que mantém com o homem que encarna. [...] O corpo é uma falsa evidência, não é um dado inequívoco, mas o efeito de uma elaboração social e cultural.

Em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de minúsculos poderes, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações, ao mesmo tempo em que, de forma positiva, produz realidade, produz campos de objetos e rituais de verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se pode ter, originam-se nessa produção (FOUCAULT, 1987).

Em consonância com as afirmações da relação entre produção de corpo e de adoecimento, Sennet (2008), ao contar a história das cidades ocidentais por meio da experiência corporal dos seus povos, refere-se às relações entre os corpos humanos no espaço e as imagens ideais do corpo humano. Segundo esse autor, "*em uma sociedade ou ordem política que enaltece genericamente o 'corpo', corre-se o risco de negar as necessidades dos corpos que não se adequam ao paradigma*" (p. 22).

A importância do corpo como principal mediador das relações do homem com o mundo faz-se bastante presente quando o corpo do trabalhador - principalmente se considerarmos que o trabalhador faz do seu corpo um uso profissional – é acometido por uma situação que lhe incita um *status* de incapacidade para o trabalho e, também muito frequentemente incapacidade para as atividades cotidianas, como se pentear, amarrar os cadarços ou qualquer outra atividade que exija um uso coordenado dos membros superiores, em especial das mãos.

Le Breton (*ibidem*), ao propor como tarefa da antropologia e da sociologia a compreensão da corporeidade enquanto estrutura simbólica, na qual devem ser destacadas as representações, os imaginários, os limites para o corpo, considera: "[...] *em sociedades individualistas o corpo é o elemento que interrompe, o elemento que marca os limites da pessoa, isto é, lá onde começa e acaba a presença do indivíduo.*" (*ibidem*, p. 30).

Na sociedade contemporânea, o corpo para o trabalho é o corpo da produtividade, corpo veloz (capaz de dar respostas rápidas às demandas do mercado), flexível (facilmente adaptável às mudanças) e resistente (para suportar as pressões de forma a não ser afetado negativamente por elas). São essas condições que parecem se estabelecer como superfície de emergência do corpo doente, metaforizado como apenso da máquina. No acometimento do corpo pela doença que o incapacita ao trabalho, registra-se a precariedade das condições daquele corpo, sua inutilidade diante dos requisitos da tarefa. É justamente neste cerne que se introduz como necessária a interveniência da previdência pública, resgatando os direitos do trabalhador.

A concessão do benefício previdenciário em virtude de doença ocupacional alimenta um paradoxo: enquanto o *status* de corpo-doente é atribuído quando se torna possível estabelecer e confirmar a relação entre atividade laborativa e adoecimento, a enunciação do corpo-saudável vem atestar a aptidão daquele trabalhador para retornar ao trabalho que o predispôs ao adoecimento.

As LER/Dort privilegiam o esforço repetitivo, ou seja, a força e a repetição requerida pela musculatura dos membros superiores, em determinadas condições de trabalho, apontadas como núcleo de referência para o esforço e o consequente adoecimento. Tomando-se como referência o trabalhador bancário, observa-se que as novas exigências da reestruturação da organização do trabalho trouxeram aspectos muito importantes para essa discussão. O antigo trabalhador bancário ia se qualificando ao longo de sua profissão, apropriando-se e tornando-se detentor de conhecimentos contábeis específicos. Com o desenvolvimento da automação e a reestruturação produtiva, esse trabalhador vai se transformando em um "manipulador de máquinas" que não lhe demandam conhecimento prévio da função, manejadas por movimentos simples e repetitivos (CAMPELLO, 2002).

Ao comentar os fatores de risco para o desenvolvimento das LER/Dort, o INSS (IN nº 98/2003) aponta a *invariabilidade da tarefa* como um deles, tendo em vista que essa invariabilidade implica monotonia física e/ou psicológica. O INSS, ainda nessa

publicação, traça uma longa caracterização do que seriam os sintomas desse quadro clínico para os trabalhadores:

> As queixas mais comuns entre os trabalhadores são a dor localizada, irradiada ou generalizada, desconforto, fadiga e sensação de peso [...] Poucas vezes o paciente se dá conta de sua ocorrência precocemente. Por serem intermitentes, de curta duração e de leve intensidade, passam por cansaço passageiro ou "mau jeito". A necessidade de responder às exigências do trabalho, o medo do desemprego, a falta de informação e outras contingências [...] estimulam o paciente a suportar seus sintomas e a continuar trabalhando como se nada tivesse ocorrendo [...] (BRASIL, 2003, p. 09).

O INSS continua discorrendo sobre a evolução do quadro clínico das LER/Dort, chegando à fase crônica, onde, segundo ele,

> [...] dificilmente o trabalhador consegue trabalhar na mesma função e várias de suas atividades cotidianas estão comprometidas. É comum que se identifiquem evidências de ansiedade, angústia, medo e depressão, pela incerteza do futuro tanto do ponto de vista profissional, como do pessoal (BRASIL, *ibidem*, p.10).

A trajetória progressiva de incapacidade, de perda de potência para atos até mesmo da vida cotidiana, traça para o trabalhador acometido por LER/Dort um futuro indesejável, como é enunciado no próprio texto do INSS. Os aspectos relacionados ao tratamento não auguram esperanças para os trabalhadores: "*Os tratamentos costumam ser longos e envolvem questões sociais, empregatícias, trabalhistas e previdenciárias, além das clínicas. Se todos estes aspectos não forem abordados adequadamente, dificilmente obtém-se sucesso no tratamento.*" (BRASIL, *ibidem*, p. 14). Esse quadro de terapêutica complexa e incerta fez com que observemos o reconhecimento e indicação de medidas terapêuticas complementares e até mesmo alternativas nas publicações da previdência:

> [...] atividades coletivas com os grupos de adoecidos por LER/DORT têm sido realizadas com bons resultados nos serviços públicos de saúde, permitindo a socialização da vivência do adoecimento e da incapacidade, a discussão e reflexão sobre os temores e dúvidas dos pacientes em relação ao adoecimento e às dificuldades encontradas no estabelecimento do diagnóstico, tratamento e reabilitação (p.14).

> [...] apoio psicológico é essencial aos pacientes portadores de LER/DORT, para que se sintam amparados em sua insegurança e temor no que se refere às atividades prévias no trabalho, às consequências do adoecimento, às perspectivas no emprego [...] os grupos informativo-psicoterapêutico-pedagógicos, promovidos por profissionais da área de saúde mental [...] [enriquecem] as discussões e o progresso durante o tratamento. [...] a terapia ocupacional tem se mostrado bastante importante na conquista da autonomia dos pacientes [...] para que esses trabalhadores possam se apropriar

> novamente das suas capacidades e re-significar o seu “fazer” [...] as terapias complementares, como a acupuntura, do-in, shiatsu, entre outras, também têm se mostrado bastante eficazes no tratamento [...] Terapias corporais de relaxamento, alongamento e reeducação postural global têm sido de extrema importância, assim como a hidroterapia [...] Os procedimentos cirúrgicos não têm se mostrado úteis, mesmo nos casos em que a indicação cirúrgica parece adequada. (*ibidem*, p. 15).

Assiste-se aqui uma inversão na análise da eficácia das práticas terapêuticas da medicina tradicional. Em lugar das medidas cirúrgico-corretivas, as terapias tidas como eficazes e importantes estão mais relacionadas aos tratamentos destinados aos aspectos psicossociais. Parece ficar clara a percepção de que o adoecimento por LER/Dort tem um forte componente associado à forma pela qual os sujeitos têm experenciado o trabalho. Diferentemente de uma grande variedade de doenças ocupacionais, que são resultados de contato indevido ou exagerado com elementos exteriores que causam mal à saúde do trabalhador, as LER/Dort abrangem uma série vasta e complexa de fatores determinantes.

Nas publicações da previdência pública brasileira, percebe-se uma predominância de fatores associados à organização do trabalho e à experiência do trabalhador sobre o trabalho (denominado como fatores psicossociais). Podemos sugerir que essa tendência foi fortemente influenciada pela participação ativa dos sindicatos de trabalhadores e sociedade civil nas discussões referentes à concessão do benefício previdenciário pelo INSS. Como proposto nos princípios norteadores da Constituição Federal de 1988, nos artigos 193, 194 e 195, referentes à seguridade social, é ressaltado o objetivo de imprimir na seguridade social brasileira o caráter democrático descentralizado da administração, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Estado (BEHRING, 2008).

Essa preceituação constitucional poderia justiçar a necessidade notória de tornar pública a participação de diversos segmentos da sociedade na elaboração das normas e regulamentações previdenciárias. Entretanto, o que se tem percebido atualmente é o esvaziamento dessas representações coletivas. Minayo-Gomes (2011) comenta esse esvaziamento representativo para o campo da Saúde, mas que pode ser estendido para a representação dos trabalhadores nos campos das relações trabalhistas relacionadas à proteção social:

> No sentido de fragilização do movimento dos trabalhadores, é importante assinalar que o chamado ‘controle social’ passou a ocorrer muito mais nas ações institucionais, tanto do Estado como das

> empresas, do que no protagonismo de ação e na definição de frentes de atuação. No caso do setor saúde, o controle sobre ações institucionais vem tomando o tempo e as energias do movimento dos trabalhadores que, no início da construção do SUS, era proativo e propositivo. Portanto, ao mesmo tempo que constatamos a presença legitimada da representação dos trabalhadores nos conselhos de saúde, nas comissões interinstitucionais de saúde do trabalhador e nos conselhos gestores, avaliamos que sua participação fica bastante diluída. (2011, p. 8).

No caso da Previdência Social, no período compreendido entre alguns anos antes do reconhecimento da tenossinovite como doença do trabalho até aproximadamente 20 anos depois, a mobilização social de trabalhadores estava bastante presente, em especial nas associações de trabalhadores acometidos por LER/Dort e como pauta de reivindicação dos sindicatos das categorias de trabalhadores mais afetadas por essas lesões. Na última década, entretanto, testemunha-se uma diluição desses movimentos sociais, não no sentido em que eles deixem de existir, mas com o movimento em massa de retorno dos trabalhadores que estavam afastados por incapacidade aos seus locais de trabalho, houve certa redução de mobilização coletiva. Observa-se grande demanda judicial sobre o retorno desses indivíduos ao trabalho e até mesmo de pleitos de indenização para reparação de danos, mas essas questões são sempre pontuadas como requerimentos individuais e não ações coletivas.

# Capítulo 3

## Acidentes de Trabalho e Doenças Ocupacionais

*"Para além de uma concepção amorfa da atividade de trabalho, nós propomos incluir neste conceito os conflitos do real. A atividade não é somente aquilo que se faz. O real da atividade é também o que não se faz, aquilo que não se pode fazer, o que se tenta fazer sem conseguir – os fracassos – aquilo que se desejaria ou poderia fazer, aquilo que não se faz mais, aquilo que se pensa ou sonha poder fazer em outro momento. [...] A atividade possui então um volume que transborda a atividade realizada. Em matéria de atividade, o realizado não possui o monopólio do real. A fadiga, o desgaste violento, o estresse se compreende tanto por aquilo que os trabalhadores não podem fazer, quanto por aquilo que eles fazem."*

YVES CLOT *apud* MAIA, 2006

## O DIREITO À PROTEÇÃO ACIDENTÁRIA ORIUNDO DA RELAÇÃO TRABALHISTA

Nos dias atuais, a configuração da relação de trabalho enseja alguns direitos ao trabalhador e, dentre um deles, o direito à proteção acidentária. A proteção acidentária é uma espécie de proteção social garantida pela Seguridade Social brasileira, mas, contrariando ao princípio de universalidade da cobertura e de atendimento declarado no artigo 194 da nossa Constituição Federal, é restrita a alguns filiados ao regime de previdência social brasileiro. A proteção acidentária tem como pressuposto um infortúnio relacionado às atividades laborais exercidas pelo trabalhador.

De acordo com Martins (2009), a preocupação com os infortúnios decorrentes de acidentes de trabalho inscreve-se ainda durante a Revolução Industrial (1760-1850), quando o trabalho manual vai sendo paulatinamente substituído pelo uso das máquinas. O tear e a máquina vão se incorporando na organização do trabalho e trazem consigo uma nova realidade para o trabalhador: o acidente de trabalho (AT). As condições de trabalho eram péssimas, as doenças e os acidentes eram numerosos, não havia limites na jornada, ultrapassando dezesseis horas de trabalho por dia, o ambiente era fechado e as máquinas sem qualquer proteção.

Oliveira e Murofuse (2001) relatam que, em 1831, uma comissão de inquérito chefiada por Michael Saddler, elaborou um relatório que chocou a opinião pública por suas conclusões. Em função do impacto deste relatório, em 1833, foi baixado o *Factory Act* - a primeira legislação realmente eficiente no campo da proteção ao trabalhador.

Em 1884, através de Bismarck, a Alemanha vem consolidar a primeira legislação sobre o tema, mas, o seguro aplicava-se inicialmente apenas às indústrias que tinham atividades perigosas. Outros países começaram a publicar as suas normas sobre o tema, como a Inglaterra em 1897, a França e a Itália em 1898, a Espanha em 1900 e os Estados Unidos, tardiamente, em 1908. Entretanto, as regulamentações eram bastante restritas e geralmente abrangiam apenas atividades perigosas e trabalhadores empregados.

Os acidentes industriais foram ocorrendo ao longo dos anos, deixando milhares de vítimas e consequências desastrosas para o meio ambiente a humanidade, sendo alguns deles: a explosão na fábrica da BASF em Oppau, na Alemanha, em 1921,com mais de seiscentas mortes; o vazamento de produtos químicos que culminou no desastre

de Bhopal, na Índia, em 1984, com a morte de mais de sete mil pessoas; e um dos mais conhecidos, o acidente nuclear de Chernobyl, ocorrido em 1986 e considerado o maior acidente com usinas nucleares da história. No Brasil, em 1919, foi aprovada a primeira lei sobre Acidentes do Trabalho (Decreto - legislativo nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919), antes mesmo de ter sido votado o Código do Trabalho, proposto em 1917 ao Congresso.

Os avanços mais recentes na regulamentação da proteção social aos acidentados foram, em grande parte, regidos pelas Convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e resultados da grande ocorrência de acidentes industriais que vieram a trazer um número muito grande de vítimas, a mais atual delas, a Convenção 174 da OIT, é promulgada pelo Decreto 4.085, de 2002, e trata da prevenção de acidentes industriais maiores. Como resultado dos dispositivos dessa convenção, surge a necessidade de adaptação do conceito de responsabilidade civil para efeito do pagamento da indenização por Acidente de Trabalho (AT). Em seguida serão abordadas as teorias sociais que fundamentam a proteção ao acidentado diante desses infortúnios laborais.

## AS TEORIAS SOCIAIS E A PROTEÇÃO AO ACIDENTADO

As regulamentações e legislações que atualmente amparam o trabalhador acidentado têm por base teorias do Direito. São as principais delas: (a) teoria da culpa aquilina, extracontratual ou de culpa delitual; (b) teoria do contrato; (c) teoria da responsabilidade pelo fato da coisa; (d) teoria do risco profissional; (e) teoria do risco de autoridade e (f) teoria do seguro social ou risco social (MARTINS, 2009).

A *teoria da culpa aquiliana, extracontratual ou de culpa delitual* tem por base a *Lex Aquilia*[20] do Direito Romano, que tratava da reparação dos danos causados às coisas alheias. O acidente ocorrido com o trabalhador, portanto, enquadrava-se como dano à propriedade alheia. Entretanto, para que o dano fosse indenizado, era necessária a comprovação de culpa, o que resultava em insucessos nessa reparação, tendo em vista que raras vezes o acidentado conseguia comprovar a culpa do responsável.

A *teoria do contrato* defendia que o empregador tinha a obrigação de proteger o trabalhador em razão de cláusula implícita no contrato de trabalho, pois se o

[20] A *Lex Aquilia* é uma importante lei do período republicano do Direito Romano, de 286 a. C., que regulamentava a responsabilidade civil.

empregador demandou uma atividade ao empregador e, em virtude da existência de um contrato entre eles, ele deve obedecê-lo, a exposição ao infortúnio foi resultado dessa obediência.

A *teoria da responsabilidade pelo fato da coisa* trazia à defesa a prerrogativa de que o dano causado ao empregado deveria ser reparado pelo proprietário do objeto que o causou, ou seja, o proprietário da máquina que causou o dano era o responsável pelos prejuízos causados ao trabalhador. Não se cogitava, assim, a culpa da figura do empregador, mas sim do proprietário do objeto causador do acidente.

A responsabilidade objetiva do empregador é introduzida com a *teoria do risco profissional*, na qual a discussão em torno da culpa é afastada, ensejando o infortúnio em decorrência da atividade profissional da vítima. Defendia-se, portanto, a indenização tarifária estabelecida de acordo com uma tabela, mas amparava apenas aqueles trabalhadores empregados em atividades consideradas perigosas.

A base da *teoria do risco de autoridade* era a relação jurídica de subordinação entre o empregado e o empregador. A ideia do risco vem do Direito Civil, do conceito de contrato de seguro. No risco, há possibilidade de dano. Pela relação de subordinação, o empregador passa a ser responsável pelo empregado que, com base na autoridade daquele sobre este, ordena que atividades sejam realizadas. Essas atividades podem vir a causar danos.

A Seguridade Social brasileira tem como fundamento a *teoria do seguro social ou risco social*, que se baseia no compromisso que todos os membros da sociedade têm de se solidarizar na proteção de contingências que possam ocorrer em relação ao trabalhador. Assim, os riscos são socializados, deixando a responsabilidade de ser do empregador para ser do Estado. No entanto, essa responsabilidade é suportada por todas as pessoas, por meio do seguro social. Não seria apenas em decorrência de atividade perigosa do empregador que seria devida a reparação, mas também seria entendida em relação a outras pessoas que nem mesmo vínculo de emprego possuam. O requisito para a consignação desse direito de proteção estaria baseado na participação como segurado, como é o caso do trabalhador avulso e do autônomo (MARTINS, 2009).

## OS DIPLOMAS LEGAIS E A PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL

No Brasil, os dispositivos legais que regem essa relação social de proteção são os constantes no Direito da Seguridade Social (DSS), que ocupam os artigos 193 a 195 da Constituição Federal, na seção denominada 'Da Ordem Social'. Com a Constituição Federal de 1988 o DSS estabeleceu sua autonomia em relação do Direito do Trabalho, englobando a Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde. As fontes do DSS são semelhantes às dos demais, mas a jurisprudência, apesar de não poder ser considerada como fonte do DSS, por não ser norma obrigatória, tem se configurado como o caminho predominante em que os tribunais entendem aplicar a lei.

O DSS tem princípios específicos, e o *solidarismo* é considerado seu postulado fundamental; ele é caracterizado por grupos que se cotizam para cobrir determinadas contingências sociais (morte, doença, velhice etc.), em que os ativos sustentam os inativos. Outros princípios do DSS são: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação de benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base do financiamento; caráter democrático e descentralizado da administração mediante gestão quadripartite (trabalhadores, empregadores, aposentados e governo); tríplice forma de custeio e preexistência de custeio em relação ao benefício (MARTINS, 2009).

Em virtude do objeto escolhido na pesquisa, o nosso foco em questão consiste nos aspectos relacionados à previdência social e ao acidente de trabalho.

A previdência social brasileira foi formalizada em 1923, através do Decreto 4.682, com a implantação do sistema de benefícios para os ferroviários. Os diplomas legais mais importantes atualmente para o DSS são a Lei 8.213/91, sobre os benefícios da Previdência Social, e o Decreto 3.048/99, sobre o Regime Geral de Previdência Social (RGPS). O Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) são as suas principais instituições.

O sistema brasileiro é um modelo de repartição simples, no qual há a necessidade de pagamento da contribuição para ter direito ao benefício[21]. Funciona,

[21] Vale ressaltar que o regime previdenciário é distinto da Assistência Social, que ampara não contribuintes. A Assistência Social é uma política pública não contributiva, ou seja, não é necessário que o indivíduo contribua ou até mesmo se filie a um sistema para acessar o rol de benefícios existentes. No caso da Previdência Social, é necessária a filiação e contribuição previdenciária ao regime para que o segurado tenha acesso aos benefícios previdenciários.

como afirma Martins (2009), como um contrato entre gerações: a atual financia a anterior. O regime é mutualista e não de capitalização individual, ou seja, tem como princípio a solidariedade na cotização do sistema para concessão do futuro benefício, que irá ser provido através da massa arrecadada por todos e não de um fundo individual. Como um dos princípios constitucionais da Seguridade consiste em que nenhum benefício ou serviço da Seguridade Social poderá ser criado sem a correspondente fonte de custeio total, os benefícios decorrentes do acidente de trabalho têm receita própria dentro da Previdência Social.

## AS FONTES DE RECEITA PARA O CUSTEIO DO ACIDENTE DE TRABALHO

O Seguro de Acidentes de Trabalho, o SAT, ou Contribuição para a cobertura dos Riscos Ambientais do Trabalho, RAT, é uma contribuição obrigatória ao empregador, que incide com alíquotas de 1, 2 ou 3% sobre o total das remunerações pagas no decorrer do mês aos segurados empregados e trabalhadores avulsos, de acordo com o grau de risco da atividade exercida pela empresa. O grau de risco das empresas é definido tendo como base as atividades preponderantes da empresa e seus correspondentes graus de risco, conforme a classificação nacional de atividades econômicas (CNAE). O enquadramento é feito pela empresa, mas pode ser revisto pelo INSS.

Há ainda, para os casos de aposentadoria especial, uma contribuição adicional acrescentada às alíquotas anteriores de 12%, 9% ou 6%, dependente da atividade exigida pelo segurado na empresa, caso a mesma lhe permita a concessão de aposentadoria especial após quinze, vinte ou vinte e cinco anos, respectivamente. O enquadramento das empresas para efeitos da contribuição adicional para o custeio do SAT, após a publicação da Lei 8.212/91, ainda poderá ser alterado pelos Ministérios do Trabalho e o da Previdência Social, com base nas estatísticas de acidente de trabalho apuradas em inspeção. Esse multiplicador sobre a alíquota de 1%, 2% e 3% é denominado FAP, Fator Acidentário Previdenciário, e é correspondente, mais uma vez, ao CNAE principal da empresa. Ele flutua entre um intervalo fechado e contínuo de 0,5 e 2,0, ou seja, permitindo a redução em até 50%, mas prevendo o acréscimo em até 100% da alíquota prevista como contribuição adicional.

Os benefícios da previdência social incluídos na base de cálculo para as estatísticas são o auxílio-doença (espécie B31), aposentadoria por invalidez (B32), auxílio-doença acidentário (B91), aposentadoria por invalidez acidentária (B92), pensão por morte acidentária (B93) e auxílio-acidente (B94). Três índices compõem esse cálculo: índice de frequência (IF), de gravidade (IG) e de custo (IC). Esses índices correlacionam, respectivamente, número de acidentes e de benefícios concedidos para empregados da empresa, número de benefícios por invalidez e por morte em relação aos benefícios concedidos e valor total de benefícios pagos em detrimento da remuneração total da empresa. Após a obtenção desses índices, o MPAS elabora um *ranking* com as empresas da mesma subclasse da CNAE, atribuindo-lhes uma colocação de acordo com cada um dos índices obtidos. É a partir do número de ordem relativo para cada um desses índices que será estabelecido os percentis da empresa para o cálculo final do FAP.

Atualmente estão sendo utilizados, como fontes de dados para os cálculos dos índices IF, IG e IC os registros das Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT), os registros de concessão de benefícios acidentários que constam nos sistemas informatizados do INSS e os dados populacionais registrados no CNIS (Cadastro Nacional de Informações Sociais). A utilização da CAT como fonte de dado, em lugar da Classificação Internacional de Doenças (CID), como previa a publicação legal original, desagradou os sindicatos dos trabalhadores, tendo em vista que os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais são subnotificadas pelas empresas.

Monteiro e Bertagni (2012) afirmam que estudos recentes mostram que, do total das empresas que tiveram seu FAP disponibilizado para 2011, 91,52% foram beneficiadas na aplicação do RAT (FAP na faixa *bônus*), ou seja, apenas 8,48% foram classificadas na faixa *malus*, por terem apresentado acidentalidade superior à média do setor econômico. Algumas empresas têm entrado na Justiça com mandado de segurança ou com outro tipo de ação contra a nova alíquota do RAT, e, além disso, as empresas podem impugnar o reconhecimento da natureza acidentária do benefício concedido em cada caso concreto. Entretanto, além do custo administrativo desse procedimento, muitos empregadores temem que as impugnações não aceitas pelo INSS sirvam de base para ações regressivas movidas pelo Instituto. Recentemente o Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS) tem orientado o MPAS a utilizar desse tipo de mecanismo

para que os custos efetivados pelo INSS em virtude de desrespeito às normas de segurança do trabalho pela empresa sejam ressarcidos ao Instituto.

Os autores sinalizam que o aumento da alíquota da contribuição adicional do SAT-RAT tem impacto nos custos da empresa, a curto prazo, mas a consequência mais grave será a médio e longo prazos, tendo em vista que o reconhecimento do nexo causal entre a enfermidade e o trabalho estabelece uma presunção legal de que a atividade desenvolvida pelo empregador implica, por sua natureza, risco à saúde do trabalhador. Isso implica dizer que, nas ações de indenização por danos morais e materiais decorrentes do trabalho e da doença ocupacional, estará afastada a necessidade de prova de culpa do empregador. Eles ressaltam, ainda, que o afastamento do empregado por motivo de auxílio-doença de natureza acidentária implica o depósito do FGTS e garantia de estabilidade de 12 meses no emprego após a alta médica e o retorno ao trabalho, independentemente da concessão do auxílio-acidente. E, finalmente, os autores entendem que o Governo Federal está aproveitando dessa faceta tributária da saúde do trabalhador para mostrar o momento importante de mudança de postura da Previdência Social em relação ao trabalhador, na medida em que passa a gerenciar o risco, a frequência e o dano ao segurado. Em virtude das características diferenciadas quando o trabalhador consegue ter o nexo técnico com o trabalho comprovado - tanto para acesso às prestações acidentárias quanto para a apreciação das ações de indenização por danos morais e materiais - é que essa relação entre o processo de adoecimento e a atividade laboral que o indivíduo exerce apresenta um papel fundamental na garantia dos direitos desses trabalhadores.

Behring (2008) aponta importantes mudanças na Seguridade Social brasileira. Segundo ela, essas mudanças ilustram uma tentativa tardia de montagem do Estado de Bem Estar Social associado a um ajuste neoliberal, na qual convive a articulação entre assistencialismo focalizado e o mercado livre, representado pela previdência complementar. A Seguridade Social brasileira passou por um redesenho institucional nos anos 1990 sob o argumento do equilíbrio fiscal e eficácia, culminando nas Emendas Constitucionais de número 20 e 41, conhecidas como “Reforma da Previdência”. Essa nova dinâmica social se configurou como uma alteração na modalidade de resposta às questões sociais, com perda ou restrição de direitos justificada pela inserção econômica da seguridade social na reforma gerencial do Estado brasileiro. Várias emendas e medidas provisórias foram aprovadas, onde prevalecem a lógica fiscal e os argumentos

demográficos, auxiliados pelo impulso que tomou a previdência complementar após a reforma da previdência. O novo formato que a Seguridade Social assumiu passou a premiar a permanência no mercado de trabalho e dificultou a absorção de novas pessoas, haja vista a mudança para a lógica do tempo de contribuição.

## O ACIDENTE DE TRABALHO COMO PROTEÇÃO ACIDENTÁRIA

A Lei nº 8.213/91 conceitua o acidente de trabalho (AT) como um evento único, inesperado, imprevisto, bem configurado no espaço e no tempo e de consequências geralmente imediatas, exigindo o nexo de causalidade e lesividade. As doenças ocupacionais estão equiparadas ao acidente-tipo relacionado na referida lei e estão subdivididas em doenças profissionais e doenças do trabalho.

Como afirmam Monteiro e Bertagni (2012), as doenças profissionais são as produzidas ou desencadeadas pelo exercício profissional peculiar a determinada atividade. Dada a sua tipicidade, prescindem de comprovação do nexo de causalidade com o trabalho. Por exemplo, os trabalhadores da mineração estão sujeitos à exposição do pó de sílica e, portanto, com altas chances de contrair a silicose. As doenças do trabalho, por sua vez, são aquelas desencadeadas em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacionem diretamente. Por serem atípicas, exigem a comprovação do nexo de causalidade com o trabalho, geralmente por meio de vistoria do ambiente laboral. As LER/Dort se enquadram no segundo tipo, sendo consideradas doenças do trabalho, e não profissionais.

Esses autores ainda enumeram algumas doenças excluídas do conceito de doença ocupacional de acordo com a lei. São elas: (a) a doença degenerativa, que tem como causa o desgaste natural do corpo humano; (b) a doença inerente ao grupo etário; (c) a doença que não produz incapacidade, pois a proteção acidentária refere-se à incapacidade funcional e não à doença e (d) a doença endêmica, sendo entendida como aquela que existe em determinado lugar ou região de forma constante. Entretanto, será considerada ocupacional se resultar da exposição ou contato direto em razão de peculiaridade do trabalho.

No que se refere ao campo de aplicação da proteção acidentária, enquanto todo cidadão brasileiro e residente no Brasil tem direito à Seguridade Social, enquanto todos

os seus segurados e dependentes têm direito aos benefícios comuns da Previdência Social, nem todos fazem jus aos benefícios acidentários. Tem direito aos benefícios de natureza acidentária os seguintes segurados e seus dependentes: (a) o empregado, urbano ou rural (exceto o doméstico), (b) o trabalhador avulso, ou seja, aquele que, sindicalizado ou não, presta serviços de natureza urbana ou rural a diversas empresas sem vínculo empregatício, mas com a intermediação obrigatória do sindicato da categoria ou do órgão gestor da mão de obra, (c) o segurado especial, que são, em síntese, o produtor rural pessoa física, o parceiro agrícola, o meeiro, o arrendatário rural, o pescador artesanal e assemelhado e respectivos cônjuges, companheiros e filhos maiores de 16 anos ou equiparados que trabalhem individualmente ou em regime de economia familiar, sem empregados permanentes. Entretanto, Monteiro e Bertagni (2012) ressaltam que a falta de registro do trabalhador pela empresa é irrelevante, tendo em vista que a Previdência Social e o INSS, como segurador obrigatório e com base no que preconiza a teoria do risco social, responde sempre pela reparação do dano, sem qualquer prejuízo dos direitos da vítima.

O Regime Geral da Previdência Social (RGPS) prevê aos segurados benefícios e serviços. Para os trabalhadores segurados, assim como para seus dependentes, o RGPS prevê, em caso de acometimento por algum infortúnio laboral (acidente de trabalho ou doença ocupacional), prestações pecuniárias e serviços. As prestações pecuniárias são as seguintes: auxílio-doença acidentário, auxílio-acidente, aposentadoria por invalidez acidentária, pensão por morte e abono anual. As prestações pecuniárias decorrentes de AT apresentam as características de indisponibilidade (é nula sua venda e concessão), irrenunciabilidade (a elas não se pode renunciar dada a sua natureza alimentar) e insuscetibilidade de gravame ou qualquer ônus (sobre elas não pode incidir arresto, sequestro ou penhora).

Os serviços são o Serviço Social e Habilitação e Reabilitação Profissional. Compete ao Serviço Social esclarecer junto aos beneficiários seus direitos sociais e os meios de exercê-los, bem como estabelecer o processo de solução que emergiram da sua relação com a Previdência Social. A Habilitação e Reabilitação Profissional deverá proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive (BRASIL, 1991).

O valor dos benefícios concedidos a título de proteção acidentária atualmente tem como base o salário de benefício. Como o AT é um benefício que prescinde de carência, nos casos em que o segurado não possui período contributivo menor que esse, será a média do salário sobre o qual o segurado tiver efetuado os recolhimentos, ou na hipótese do mesmo não ter ainda feito nenhum recolhimento, será o salário de contribuição sobre o qual se efetuará o recolhimento.

As modalidades de benefícios de proteção acidentária relacionados às LER/Dort e a trajetória que os segurados ou seus dependentes precisam percorrer para ter acesso a eles serão tratadas no capítulo seguinte.

# Capítulo 4

## Trajetória do trabalhador: diagnóstico, medidas terapêuticas e procedimentos administrativos

*"Em inúmeros casos, as relações de poder estão de tal forma fixadas que são perpetuamente dessimétricas e que a margem de liberdade é extremamente limitada. [...] Nesse caso de dominação – econômica, social, institucional ou sexual -, o problema é de fato saber aonde vai se formar a resistência."*

Michel Foucault,

Ditos e escritos, 2004, p. 277

## [Cena 1]

- Quem é aquela funcionária ali no autoatendimento?, pergunta um cliente habitual.

- É Sônia[22] -responde o empregado ao qual o cliente se dirige. Ela é uma funcionária antiga, que 'tava' afastada por LER e o INSS devolveu esses dias. Tinha uns sete anos sem trabalhar; como teve que voltar, 'tá' aprendendo tudo de novo com o jovem aprendiz. Na época os *cashes* tinham menos coisas.

## [Cena 2]

Explica a gerente administrativa a uma colega: *Depois de inúmeras tentativas de encaixar Mauro em alguma atividade que ele pudesse fazer, finalmente se encontrou uma. Ele foi caixa executivo por mais de 10 anos, e agora está organizando os cartões magnéticos que chegam por ordem alfabética. Estavam ordenados pelo número das contas, mas assim fica mais difícil de encontrar. Tem gente que não sabe o número da conta e aí a funcionária da recepção tem que entrar no sistema para localizar. Pelo nome é mais fácil. É um trabalho enjoado, mas pelo menos ele pode fazer sentado, e fazer as pausas se ele precisar. Quando ele acabar, pode ser até que a gente faça isso com os talões de cheque também.*

## [Cena 3]

*Pensa Marizete, que, por mais de 12 anos, trabalhou como escriturária do departamento de contabilidade: "Ela acha que eu vou ficar aqui fazendo papel de idiota dando senha para os clientes. A máquina é automática: o cliente aperta o botão e a senha sai. Eu tô tentando me adaptar a esse retorno, mas se for pra ficar aqui em pé me emburrecendo, é melhor eu voltar no meu médico e dizer a ele que as dores só estão piorando. Aí são pelo menos quinze dias longe desse inferno."*

## [Cena 4]

- Me diga, vou fazer o que com ele? – diz Valdo, gerente da Agência Centro - O salário é de um caixa, mas ele não trabalha como caixa. Aliás, não trabalha como nada praticamente. Vem, porque precisa vir, mas não pode fazer quase nada. Tenho que liberar duas vezes por

[22] Os nomes das pessoas e das agências foram trocados para preservar a identidade dos envolvidos.

semana para ir na fisioterapia. De vez em quando pega uns dias de licença médica e depois volta. Eu tô aqui cortando custo até com copo descartável para ver se meu desempenho nas metas melhora, e ainda tenho que assumir essa despesa do salário dele nos custos da agência. Quer que eu fique feliz em receber um colega assim? A gente era até amigo antes dele se afastar, mas também tenho que olhar o meu lado, porque se não cumpriu as metas posso perder minha função de gerente.

- Ainda bem que ainda não me mandaram nenhum desses que estão voltando. Se mandar, eu digo logo: a agência não está precisando de mais um funcionário não, já tá cheia. Resmunga Lima, gerente da agência Calçadão.

## DA EMISSÃO DA COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CAT) AO EXAME PERICIAL

As LER/Dort, muitas vezes denominada pelos estudiosos como ‘doença invisível’, tem no seu diagnóstico um dos maiores desafios. Os trabalhadores que são afetados por essa enfermidade geralmente sofrem em silêncio por muito tempo até terem o primeiro diagnóstico que ateste o acometimento por LER/Dort. Apresentando sintomas muitas vezes não muito objetivos e de difícil detecção (inclusive através de exames físicos), o trabalhador convive com os sintomas e muitas vezes eles passam despercebidos pelos colegas. Quando finalmente o diagnóstico é confirmado pelo seu médico, a batalha passa a ser outra: existe uma relação conflituosa entre os médicos dos trabalhadores que requerem os benefícios previdenciários e os médicos peritos do INSS no tocante à caracterização de incapacidade. A última palavra, entretanto, é sempre do perito previdenciário.

As publicações do INSS sobre as LER/Dort vêm sempre acompanhadas de anexos com atualizações clínicas sobre essa enfermidade. Tendo um caráter eminentemente pedagógico e instrucional, essas atualizações clínicas servem de base para o corpo médico desse instituto para a realização dos exames periciais. Com uma sintomatologia diversificada e com entidades neuro-ortopédicas associadas a esses sintomas, tais como tenossinovites, sinovites, síndromes miofaciais, dentre outras, que podem ser identificadas ou não, o diagnóstico das LER/Dort é acompanhado de uma investigação social sobre as condições de trabalho e fatores de risco à saúde do trabalhador.

Algumas diferenças no tocante ao diagnóstico e à emissão da CAT entre as NTAI's de 1993, 1998 e 2002 são apontadas por vários autores (ALVES, 2004; CARDOSO, 2004; OLIVEIRA, 2006). Numa breve comparação no que se refere ao diagnóstico das LER/Dort nas publicações das NTAIs (Normas Técnicas de Avaliação de Incapacidade) de 1993, 1998 e 2003, observa-se que a primeira afirma que o diagnóstico é essencialmente clínico e fundamentado na história clínico-ocupacional, nos exames físico e complementares e na análise das condições de trabalho.

Na NTAI de 1993, a parte dedicada ao diagnóstico é bastante reduzida, sendo composta de uma breve descrição de diversas afecções de tendões, sinóvias, fáscias e ligamentos, com posterior relação dos estágios evolutivos das LER. A emissão da CAT ocorria no primeiro dia útil de afastamento ao trabalho.

Com a publicação, em 1998, da atualização da NTAI, houve uma valorização da explicitação dos critérios diagnósticos das LER, como a compreensão de aspectos epidemiológicos, a identificação de fatores de risco, a caracterização da anamnese ocupacional e a definição do que seria um 'bom diagnóstico', com a descrição um pouco mais detalhada das mesmas afecções e os possíveis diagnósticos diferenciais.

Para a emissão da CAT, assim como para o estabelecimento do nexo técnico, foram dificultadas as condições de acesso ao benefício pelo trabalhador: seu registro deveria ser feito apenas mediante diagnóstico firmado e com o Laudo de Exame Médico (LEM) preenchido. A comunicação do acidente de trabalho só poderia ser emitida após o afastamento por 15 dias, se a suspeita de lesão se confirmar após o retorno ao trabalho.

A NTAI de 1998 é considerada por muitos como um retrocesso do ponto de vista dos direitos sociais do trabalhador, especialmente em virtude da necessidade de comprovação do nexo técnico com o trabalho e da mudança da terminologia das LER para a DORT:

> Assim, o nexo é parte indissociável do diagnóstico que se fundamenta numa boa anamnese ocupacional e em relatórios de profissionais que conhecem a situação de trabalho, permitindo a correlação do quadro clínico com a atividade ocupacional efetivamente desempenhada pelo trabalhador, donde a proposta da nova terminologia Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT (BRASIL, 1998, p. 3).

Ratificando a necessidade de comprovar o nexo técnico com o trabalho, grande parte do diagnóstico refere-se aos aspectos relacionados ao trabalho: "[...] *é necessário definir o nexo por meio de: anamnese ocupacional, exame clínico, relatórios do médico responsável pela assistência ao paciente, do coordenador do PCMSO e, eventualmente, vistoria no posto de trabalho*" (BRASIL, *ibidem*, p. 4).

Apesar da exigência de comprovação do nexo técnico, no entanto, enumera uma série de fatores sociais relacionados aos distúrbios osteomusculares, o que aponta para um reconhecimento das condições de organização do trabalho como um dos grandes fatores de risco para o adoecimento. Ao mesmo tempo em que aproxima as LER/Dort e as condições de trabalho quando reconhece a importância dessas condições na anamnese ocupacional, dificulta o acesso à proteção social quando estabelece que o nexo técnico precisa ser comprovado para que o trabalhador acesse os benefícios acidentários. Se não for devidamente estabelecido o nexo, a enfermidade do trabalhador será considerada uma mera doença, e não acidente de trabalho.

Essa publicação ratifica a dificuldade do diagnóstico e o fato de ser ele eminentemente clínico, sempre ressaltando a necessidade de se estabelecer a relação entre o adoecimento e o trabalho para um diagnóstico de LER/Dort. Cita como um dos elementos mais frequentes a dor e, apesar de se referir a exames complementares como a eletroneuromiografia, afirma não serem eles conclusivos para esses casos. Existem outros comentários nessa publicação sobre o referido exame, nos quais ele é considerado como um procedimento invasivo, de alto custo e pouco eficiente para a confirmação do diagnóstico. É dada especial importância ao exame clínico e à capacidade do médico perito em avaliar os sintomas relatados pelo paciente, haja vista as LER/Dort serem consideradas como de alto grau subjetivo: "*Muitas vezes o paciente relata a sensação de edema, chegando mesmo a afirmar vigorosamente que o apresenta, sem que o médico seja capaz de vê-lo*" (BRASIL, 1998, p. 10). Assim também como na sua capacidade de perceber os diagnósticos diferenciais: "*É importante saber que a Síndrome do Túnel do Carpo – STC, principalmente quando bilateral*, é comum nas grávidas e em situações não-ocupacionais (grifos do autor)." (BRASIL, *ibidem*, p. 12). Assim como em: "*Pode ocorrer em diversas situações não ocupacionais em que o ombro seja mantido em repouso prolongado, como após acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, queimaduras, etc.*" (BRASIL, *ibidem.*, p. 14).

A publicação mais recente, a NTAI de 2003, arregimenta-se de publicação do Ministério da Saúde sobre Normas e Manuais Técnicos (BRASIL, 2001), para detalhar os procedimentos diagnósticos. No que diz respeito à emissão da CAT, quando o diagnóstico das LER/Dort é suposto ou confirmado, há a necessidade de sua emissão da CAT, enquanto procedimento administrativo, para que o trabalhador possa requerer a concessão dos benefícios previdenciários junto ao INSS.

A emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é um direito garantido ao trabalhador. Ela deverá ser feita independente do seu afastamento do trabalhador, pois o simples diagnóstico de LER/Dort é uma premissa para a sua emissão. A lei atribui ao empregador a obrigação de emiti-la, mas, em casos de sua omissão, o registro poderá ser feito pelo sindicato da categoria ou pelo próprio trabalhador ou seus dependentes, pelo médico assistente ou qualquer autoridade pública. É obrigatório também o preenchimento do Atestado Médico, ou relatório médico equivalente, pelo médico do trabalho da empresa, médico assistente (Serviço de Saúde Público ou Privado) ou médico responsável pelo PCMSO, com descrição da atividade e posto de trabalho para fundamentar o nexo causal (BRASIL, 2003).

Para compor as instruções técnicas para a realização do diagnóstico pelo perito previdenciário, a NTAI enumera várias dimensões que devem ser observadas, sendo elas: a) história da moléstia atual, b) investigação dos diversos aparelhos do corpo humano, c) comportamentos e hábitos relevantes, d) antecedentes pessoais, e) antecedentes familiares, f) história ocupacional, g) exame físico, h) exames complementares. É dedicada especial atenção à história da moléstia atual, aos comportamentos e hábitos relevantes e à história ocupacional. Ao comentar sobre a investigação da história da enfermidade na vida do trabalhador, a NTAI de 2003 ratifica a dificuldade de um diagnóstico precoce:

> O início dos sintomas é insidioso, com predominância nos finais de jornada de trabalho ou durante os picos de produção, ocorrendo alívio com o repouso noturno e nos finais de semana. Poucas vezes o paciente se dá conta de sua ocorrência precocemente. Por serem intermitentes, de curta duração e de leve intensidade, passam por cansaço passageiro ou “mau jeito”. A necessidade de responder às exigências do trabalho, o medo de desemprego, a falta de informação e outras contingências, principalmente nos momentos de crise que vivemos, estimulam o paciente a suportar seus sintomas e a continuar trabalhando como se nada estivesse ocorrendo (BRASIL, 2003, p. 4).

E pontua de que forma o quadro se agrava tão comumente, tornando-se, assim, uma enfermidade crônica:

> Muitas vezes recebem tratamento baseado apenas em antiinflamatórios e sessões de fisioterapia, que "mascaram" transitoriamente os sintomas, sem que haja ação de controle de fatores desencadeantes e agravantes [...] e os sintomas evoluem de forma tão intensa, que a permanência no posto de trabalho se dá às custas de muito esforço. [...] Em geral, o alerta só ocorre para o paciente quando os sintomas passam a existir, mesmo por ocasião da realização de esforços mínimos, comprometendo a capacidade funcional, seja no trabalho ou em casa [...] Nessa fase, dificilmente o trabalhador não consegue trabalhar na mesma função e várias de suas atividades cotidianas estão comprometidas (BRASIL, *ibidem*, p. 4-5).

O processo de incapacitação do trabalhador é descrito ricamente na publicação, na qual se atesta que, aos poucos, o cotidiano do trabalhador, em suas mais efêmeras atividades, vai se configurando a partir de um cenário de dor, medo e inutilidade. São relatadas evidências de ansiedade, angústia, medo e depressão, mesmo em pacientes como pouco tempo de queixa, pois, segundo essa publicação, eles testemunham a incerteza de futuro tanto do ponto de vista profissional como do pessoal, seja pela duração e dificuldade de tratamento, pela necessidade de peregrinação na estrutura burocrática da Previdência Social ou pelas repercussões nas relações com a família, colegas e empresa. Como se observa, o instituto reconhece a dificuldade que o trabalhador acometido por LER/Dort precisa passar para percorrer a trajetória para a concessão de benefício acidentário.

Em termos de sintomas, a NTAI/2003 enfatiza a dor crônica e a dificuldade em estabelecer correlações nos exames físicos: "*Os achados do exame físico podem ser extremamente discretos e muitas vezes os exames complementares nada evidenciam, restando apenas as queixas dos pacientes, que, por definição, são subjetivas*" (BRASIL, *ibidem*, p. 5). Essa dificuldade acarreta problemas para a relação médico-paciente, como se afirma nesse documento, tendo em vista a desconfiança de que o trabalhador queira obter ganhos secundários ou de que seus problemas sejam de ordem psicológica:

> Do lado de alguns pacientes, essa evolução extremamente incômoda e sofrida traz depressão e falta de esperança, despertando o sentimento de necessidade de "provar a todo custo" que realmente têm o problema e que não se trata de "invenção de sua cabeça" (BRASIL, *ibidem*, p. 5).

Outra dimensão ressaltada na NTAI de 2003 são os comportamentos e hábitos relevantes. Essa dimensão parece ser indicada principalmente para identificar hábitos que possam agravar o quadro das LER/Dort, mas não têm relação direta com a atividade laboral sobre a qual se investiga a possibilidade de concessão de benefícios acidentários. Como exemplo, são citadas as seguintes atividades: uso excessivo de computador *em casa* (grifo meu), lavagem manual ou ato de passar uma grande quantidade de roupas, limpeza manual de vidros e azulejos, ato de tricotar, carregamento de sacolas cheias, o ato de dirigir, polimento manual de carro, etc. Ressaltando-se, entretanto, que todas essas atividades domésticas não estejam relacionadas com a atividade profissional.

Outo aspecto bastante ressaltado é a história ocupacional, na qual a investigação vai de meros aspectos ergonômicos (duração da jornada de trabalho, forças exercidas, existência de pausas, etc.) a dinâmica organizacional (formas de pressão das chefias, exigência de produtividade, existência de prêmio por produção e de ambiente estressante, insatisfações, falta de reconhecimento, etc.). Essa avaliação conta especialmente com a capacidade do perito em estabelecer o nexo entre a enfermidade a e a história ocupacional, pois ressalta que não existe uma relação matemática precisa entre tempo de exposição, intensidade e fatores existentes no trabalho e o desencadeamento das LER/Dort.

Os demais aspectos têm breves descrições e, no que se refere aos exames físicos, existe uma "lacuna", pois o item é citado, mas não apresenta nenhuma descrição. Corrobora, assim, a incipiente relação entre as LER/Dort e os achados físicos. Essa problematização do ponto de vista médico é ratificada pela descrição do item "exames complementares", que não devem ser solicitados indiscriminadamente, pois são considerados informações acessórias: "*Seus resultados devem sempre levar em conta o quadro clínico e a evolução, que são soberanos na análise e conclusão diagnóstica*" (BRASIL, 2003, p. 6).

A supremacia do olhar clínico sobre os exames físicos indica a importância dada ao perito na produção de verdade sobre essa enfermidade. É sobre a investigação clínica realizada pelo médico - o perito previdenciário – que se instaura a produção e circulação de verdade sobre essa enfermidade. O diagnóstico do médico assistente - aquele que acompanha o trabalhador em sua enfermidade - é suplantado pelo parecer do perito previdenciário, que exercita o que FOUCAULT (1987) denominaria de controle normalizante. Ao discutir o sucesso do poder disciplinar, esse autor cita o exame como

um poderoso procedimento e usa o hospital como exemplo de local na qual esse instrumento serviu ao poder disciplinar. Segundo ele, o exame é altamente ritualizado, pois nele se reúnem a cerimônia do poder e a forma da experiência, a demonstração da força e o estabelecimento da verdade; ele supõe um mecanismo que liga certo tipo de formação de saber a certa forma de exercício de poder.

Através de mecanismos como a objetivação de objetos, de inserção da individualidade num campo documentário e da transformação de cada indivíduo em um "caso", o exame estabelece formas de exercício de poder-saber sobre os indivíduos. O poder disciplinar, segundo FOUCAULT (*ibidem*), manifesta seu poderio organizando os objetos através do exame; de forma invisível, exerce-se e impõe aos que submete uma visibilidade obrigatória. Como resultado dessa organização e exposição, constroem-se arquivos inteiros com detalhes e minúcias que se constitui ao nível dos corpos. Os procedimentos de exame são acompanhados de um sistema de registro intenso e de acumulação documentária. Afirma Foucault (1987, p. 158):

> Graças a todos esse aparelho de escrita que o acompanha, o exame abre duas possibilidades que são correlatas: a constituição do indivíduo como objeto descritível, analisável, não contudo para reduzi-lo a traços "específicos", como fazem os naturalistas a respeito dos seres vivos; mas para mantê-lo em seus traços singulares, em sua evolução particular, em suas aptidões ou capacidades próprias, sob o controle de um saber permanente; e por outro lado a constituição de um sistema comparativo que permite a medida de fenômenos globais, a descrição de grupos, a caracterização de fatos coletivos, a estimativa dos desvios dos indivíduos entre si, sua distribuição numa "população".

As normas técnicas de avaliação de incapacidade, assumindo abertamente seu caráter pedagógico e instrucional, configuram-se como um dispositivo de produção de verdades sobre a enfermidade. Com toda a ritualização que caracteriza o exame pericial, o médico previdenciário atua no exercício de poder-saber sobre os indivíduos, constituindo-os como objetos descritíveis, classificáveis, sendo detentor da verdade sobre essa enfermidade, podendo, inclusive, rechaçar um diagnóstico médico divergente daquilo que seus olhos clínicos avaliam. Essa produção de verdades, entretanto, às vezes dá-se de forma conflituosa com os demais campos que atuam nessa produção. O saber médico, por exemplo, é contestado quando um laudo médico é vulgarmente descartado no exame pericial. Como a produção de verdade sobre a doença, para fins previdenciários, só é aceita se corroborada pelo médico perito, o resultado desfavorável

de uma avaliação médica sobre a incapacidade do trabalhador ou sobre os efeitos nocivos do trabalho à sua saúde pode ser objeto de discussão em outro fórum: a Justiça.

## MEDIDAS TERAPÊUTICAS PARA OS CASOS DE LER/DORT: O OLHAR PREVIDENCIÁRIO

Em sua tese sobre as LER/Dort como uma doença ambígua e invisível, Oliveira (2006) aborda aspectos relacionados ao tratamento dessa enfermidade. Segundo esse autor, o enfoque médico da epidemia de LER/Dort nos Estados Unidos operou como modelo para a conduta médica no Brasil, mesmo que sua apresentação histórica tenha sido bem posterior à daquele país. Para melhor compreender a apreensão sobre esse modelo de cuidar, será esboçado um breve relato histórico sobre a retomada do interesse e uma nova postura frente às doenças neuromusculares ocupacionais de mãos e de punhos nos Estados Unidos. Utilizando-se da investigação realizada por Oliveira (2006), essa caracterização de cenário não se dará de maneira exaustiva, mas apenas com o intuito de melhor situar o leitor.

Nos Estados Unidos, as LER/Dort apresentam variadas denominações, mas recai preferencialmente pela *Cumulative Trauma Disorders (CTD)*, que poderia ser traduzida por *Transtorno por Traumas Cumulativos*. Alguns acontecimentos durante a década de 1970, como a identificação de novos casos e o surgimento das primeiras reivindicações de indenizações pelo acometimento por síndrome de túnel do carpo (STC), fizeram com que a sociedade americana retomasse as discussões sobre os CTD. Com o crescimento exponencial entre as décadas de 1983 e 1993, no qual a notificação de casos de CTD aumentou dez vezes, passando de 30.000 para 300.000 casos registrados por ano, esse interesse, que antes abrangia apenas um pequeno grupo de médicos, pesquisadores e ergonomistas, passou a abranger sindicatos, políticos, governos, agências reguladoras e mídias.

Inicialmente, o foco de interesse nos Estados Unidos era apenas para a STC, vista como uma entidade única e definida, como uma lesão aguda, cuja indenização requeria um evento precipitante específico. O termo CTD é mais amplo e genérico e compreende outros tipos de dor crônica das extremidades superiores. A mudança de denominação para CTD, que concebe a enfermidade como resultado de traumas cumulativos, torna possível a abrangência de outras afecções neuromusculares e o

reconhecimento do caráter ocupacional delas. Essa mudança possibilita considerar que a enfermidade tenha se desenvolvido lentamente em virtude das condições impróprias da atividade para a saúde do trabalhador. Esse reconhecimento abre espaço para discussões sobre questões políticas e econômicas - em especial sobre a organização social do trabalho – e sobre quais seriam as medidas terapêuticas e de proteção social a serem utilizadas para contornar esse problema de saúde pública, haja vista o mesmo ter se tornado uma epidemia em países como Estados Unidos, Austrália, Brasil e Japão.

Com a interferência de atores sociais como sindicatos e governos, dentre outros, a abordagem terapêutica deixa de ter um enfoque meramente clínico para abranger questões relativas às condições sociais de trabalho, aos novos modelos de gerenciamento, às mudanças tecnológicas e as formas com que a constituição dos sujeitos é atravessada por essas questões.

No Brasil, as publicações do INSS e do Ministério da Saúde apontam para uma dificuldade no manejo clínico desses casos. Grande parte da literatura acadêmica sobre as LER/Dort corrobora isso, afirmando que o tratamento dessa enfermidade é algo extremamente difícil e com poucas indicações eficazes de medidas terapêuticas. Essa incapacidade de gerir as medidas terapêuticas para as LER/Dort são assinaladas na norma técnica de 1998:

> Encontrar um tratamento que seja adequado é mais um dos desafios que acaba enfrentando. Infelizmente, a grande maioria da rede de tratamento, pública ou privada, ainda está despreparada para receber esse paciente. O mercado, que obedece à lei da quantidade e não da qualidade, geralmente oferece profissionais não-qualificados, sem informações sobre a fisiopatologia da LER, usando aparelhagem ineficaz, e sem visão e prática interdisciplinares necessárias no caso (BRASIL, 1998, p. 3).

Como já descrito anteriormente na sintomatologia dessa enfermidade, as LER/Dort apresentam um quadro de dor e sofrimento, frequentemente associado a manifestações de sentimento de angústia, depressão, ansiedade, conflitos identitários, entre outros. A NTAI de 2003 aborda o caráter multidimensional e a importância de outros fatores que não os eminentemente clínicos para os tratamentos dessa enfermidade, "*que envolvem questões sociais, empregatícias, trabalhistas e previdenciárias, além de clínicas*" (BRASIL, 2003, p. 9).

As dificuldades de lidar com os trabalhadores que adoecem pelas LER/Dort abrangem desde a incipiência dos achados médicos, às questões como a precariedade de alocação de mão-de-obra médica qualificada no mercado de trabalho, precipitando em problemas como abuso de carga horária, mobiliário inadequado, ausência de pausas, etc. A configuração desse campo problemático, ao passo em que se avança sobre ele, vai se mostrando cada vez mais complexa e rica em atravessamentos. A multidimensionalidade com que se deve tratar desse problema de saúde pública pode ser presenciada na atualização da Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade de 2003. Essa publicação cita ainda uma série de recursos terapêuticos, dentre eles: medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios associados a psicotrópicos, medidas fisioterapêuticas, dentre outros, mas refere-se igualmente à importância de tratamentos como apoio psicológico, terapia ocupacional e grupos de apoio, além de práticas alternativas tidas como complementares, como acupuntura, do-in, shiatsu, terapias corporais de relaxamento, alongamento, hidroterapia e reeducação postural. Em contrapartida, os procedimentos cirúrgicos são tidos pouco úteis e até mesmo contraindicados. Esse deslocamento da terapêutica clínica convencional para medidas alternativas parece acompanhar o conceito de clínica ampliada, que reforça o compromisso com o sujeito e seu coletivo, estimulando diferentes práticas terapêuticas e a corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde. Esse conceito é oriundo da Saúde Coletiva e incorporado nas publicações do SUS através da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006). Essa incorporação corrobora a arregimentação entre os Ministérios da Previdência e da Saúde para lidar com as LER/Dort. A produção de sentidos sobre essa enfermidade, para fins previdenciários, possibilitar a enunciação de mais um ator institucional.

## PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS E PERICIAIS

Os procedimentos administrativos e periciais não têm apresentado grandes variações nas atualizações das publicações do INSS, com exceção de alguns detalhes como os prazos para a emissão da CAT, por exemplo. Os autores são unânimes em afirmar que a trajetória comum de um trabalhador que se encontra diagnosticado com LER/Dort é uma peregrinação constante ao INSS (ALVES, 2004; CARDOSO, 2004; OLIVEIRA, 2006; SALIM, 2003; VERTHEIN, 2001). Esse sofrimento é relatado

inclusive nas próprias publicações do INSS, que declara que sentimentos de angústia, depressão e ansiedade podem acompanhar os trabalhadores com quadros com longo tempo de evolução e até mesmo aqueles com pouco tempo de queixa, "*por testemunharem problemas que seus colegas nas mesmas condições enfrentam, seja pela duração e dificuldade de tratamento, seja pela necessidade de peregrinação na estrutura burocrática da Previdência Social [...]*" (BRASIL, 2003, p. 5).

A primeira coisa a se fazer quando o trabalhador tem a suspeita ou o diagnóstico confirmado de LER/Dort por um médico dos serviços de saúde público ou privado ou pelo médico do trabalho da empresa é certificar-se da emissão da CAT pela empresa. A emissão deverá vir acompanhada do preenchimento do Atestado Médico ou relatório médico equivalente pelo médico do trabalho da empresa, contendo a descrição da atividade e do posto de trabalho para subsidiar a fundamentação do nexo causal entre a enfermidade e a atividade laboral.

Caso ocorra a falta de comunicação por parte da empresa, ela pode ser formalizada pelo próprio trabalhador, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico assistente ou qualquer autoridade pública, e, nesses casos, os prazos legais deixam de prevalecer para essa emissão. Nos casos de agravamento ou de recidiva das sintomatologias incapacitantes também deverá ser emitida nova CAT em reabertura. É importante salientar que, para ambos os casos, a emissão deve ser feita na presença ou não do afastamento do trabalhador das suas atividades.

Quando a CAT for emitida e encaminhada ao Setor de Benefícios do INSS, será feito seu registro e o preenchimento dos dados necessários para o encaminhamento pericial. Caso haja a necessidade de afastamento do trabalhador segurado por um período superior a quinze dias, o mesmo será encaminhado à Perícia Médica para a realização de exame pericial[23].

A doença ocupacional é caracterizada tecnicamente pela Perícia Médica que fará o reconhecimento técnico do nexo causal entre a doença e o trabalho. Exige do perito previdenciário que desempenhe suas atividades com ética, competência e boa técnica e que não desconsidere os relatórios médicos portados pelo segurado, podendo até mesmo solicitar colaboração ao médico que o assiste. A norma é bem clara quando afirma que o

[23] No caso de trabalhadores avulsos e segurados especiais o encaminhamento deverá ser feito a partir do primeiro dia útil de afastamento do trabalho (BRASIL, 2008).

perito não poderá delegar verbalmente ao segurado a responsabilidade de realização de qualquer exame ou avaliação especializada (BRASIL, 2003).

Contemplando seu caráter pioneiro e pedagógico, a norma técnica relembra aos médicos os sentidos de certos termos com os quais eles pouco lidam em seu cotidiano através de dois anexos. O primeiro deles traz uma nomenclatura de termos clínicos necessários ao diagnóstico e o segundo especifica as formas clínicas que as LER/Dort podem assumir.

Como resultado do exame pericial, existem três situações possíveis para o seu parecer conclusivo. Um deles é o indeferimento do auxílio-doença acidentário requerido, no caso de não ser constatada a incapacidade laborativa, independentemente do nexo causal. Nos casos em que for constatada a incapacidade laborativa, é necessário que haja a definição da caracterização do nexo técnico para que se possa indicar qual o tipo de benefício que será concedido ao segurado. Quando o nexo técnico é comprovado, é concedido ao trabalhador o auxílio-doença acidentário (E-91); nos demais casos, em que o nexo causal não pode ser constatado, será concedido ao trabalhador segurado o auxílio-doença previdenciário (E-31).

No caso de atestada a incapacidade laborativa do trabalhador segurado em virtude de adoecimento por LER/Dort, há a possibilidade de requerimento de alguns tipos de prestações acidentárias, independente de sua carência. Os mais comuns são os citados anteriormente: o auxílio-doença acidentário (E-91) e o auxílio-doença previdenciário (E-31), mas também poderão ser requeridos para o segurado a aposentadoria por invalidez acidentária (B-92), o serviço social e a reabilitação profissional. Nos casos em que ocorra a morte do segurado, seus dependentes poderão requerer a pensão por morte acidentária (B-93). Nos casos de LER/Dort, esta última prestação acidentária é bastante rara, haja vista tratar-se de doença ocupacional crônica e não especificamente de acidentes de trabalho com alto grau de letalidade. No Anexo C existe um quadro com o resumo dos benefícios acidentários relacionados ao trabalho.

Segundo Martins (2009), o auxílio-doença acidentário (E-91) é um benefício devido ao trabalhador enquanto o mesmo estiver impossibilitado temporariamente de executar atividade laborativa. Ele não será devido ao segurado que já for portador das LER/Dort ao se filiar ao Regime Geral da Previdência Social (RGPS), exceto quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento da doença. O valor recebido mensalmente pelo segurado equivalerá a 91% (noventa e um porcento) do

salário-de-benefício; ele independe de carência e cessa com a alta médica, quando o segurado recupera a capacidade e retorna ao trabalho, com a recusa ou abandono de tratamento, ou então quando o benefício se transforma em aposentadoria por invalidez ou auxílio-acidente de qualquer natureza (o segurado apresenta sequela que implique redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia).

Caso o segurado esteja insuscetível de recuperação para a sua atividade habitual, será submetido a processo de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade. Receberá auxílio-doença até ser considerado habilitado - pela perícia médica do INSS - a executar outra atividade que lhe garanta a subsistência. Se o segurado não for considerado habilitado, será aposentado por invalidez. O segurado em gozo de auxílio-doença está obrigado, independente de sua idade e sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico realizado pela Previdência Social, a processo de reabilitação por ela recomendado e custeado e a tratamento dispensando por ela sem ônus ao segurado. Excetua-se, nessa relação, a obrigação à submissão a qualquer tratamento cirúrgico.

Apesar de muitas semelhanças em suas características, existem algumas diferenças entre o auxílio-doença de caráter acidentário e o previdenciário. O auxílio-doença previdenciário, diferentemente do acidentário (que deverá ter comprovado o nexo técnico com o trabalho), é resultado da constatação de acidente ou doença comum. Ele não assegura estabilidade no emprego por um ano após o fim do auxílio, como o acidentário, e nem gera direito a uma indenização se houve culpa ou dolo do empregador. Exige-se ainda um período de carência de 12 meses para a concessão do auxílio-doença de caráter previdenciário, ou seja, quando não há a comprovação do nexo técnico entre a morbidade e o trabalho. Nesse sentido, a importância de se caracterizar o nexo técnico para o trabalhador no caso de acometimento por LER/Dort é crucial, haja vista que uma série de direitos estará inacessível ao trabalhador que não conseguir comprovar que sua incapacidade laborativa temporária ou permanente está relacionada ao trabalho. A Norma Técnica de 1993 foi amplamente questionada em virtude da inclusão da caracterização do nexo técnico como pré-requisito para a concessão das prestações acidentárias para os casos de LER/Dort. Outras prestações acidentárias são o serviço social e a habilitação e reabilitação profissional.

Os segurados incapacitados para o trabalho por motivo de doença ou acidente têm direito ao acesso aos meios de reeducação ou readaptação profissional para o seu retorno ao mercado de trabalho. Compete ao Serviço Social da Previdência esclarecer os direitos dos segurados e estabelecer junto a eles o processo de solução dos problemas que possam a vir surgir em sua relação com a Previdência Social.

Martins (2004) acrescenta que são devidas ainda ao segurado, em caráter obrigatório, a habilitação e reabilitação profissional dos mesmos e dos seus dependentes inválidos, pela Previdência Social. Entretanto, o decreto que regulamenta essa prestação de serviço ressalta que a mesma deve ser atendida “na medida das possibilidades” do órgão previdenciário. O atendimento seria realizado por uma equipe de médicos, assistentes sociais, psicólogos, sociólogos, fisioterapeutas e outros profissionais, com o objetivo de definir a capacidade laborativa, acompanhar, supervisionar e reavaliar o programa profissional. Finalizado esse processo, conforme dispõe a mais recente NTAI, o INSS emitirá certificado individual indicando para qual função o reabilitando foi capacitado profissionalmente (BRASIL, 2003). O que se tem presenciado, no entanto, é a incipiência dos serviços prestados pela Previdência Social no tocante à habilitação e reabilitação profissional, fazendo com o que “a medida do possível” esteja muito aquém das necessidades dos trabalhadores que enfrentam o adoecimento pelas LER/Dort. Por mais uma vez, o ônus é deslocado para a sociedade civil, que necessita providenciar meios de reinserir profissionalmente esse trabalhador, e as consequências desse deslocamento acarretam efeitos por vezes perversos para esses trabalhadores, que se encontram obrigados a encontrar modos de se reinventar.

Com a remissão dos sinais e sintomas clínicos que fundamentaram a existência da incapacidade laborativa, o segurado é considerado apto para o retorno ao trabalho. Esse retorno, com o quadro estabilizado, deverá dar-se em ambiente e funções adequados, no qual o segurado deve estar a salvo da exposição aos agentes que estimularam a sua condição de incapacidade, uma vez que a remissão dos sintomas não significa cura nem que o trabalhador esteja livre das complicações tardias que poderão advir se exposto às mesmas condições.

Esse trabalho de investigação e pesquisa foi aberto com a declaração de minhas implicações e a confissão de que lidar com o retorno desse trabalhador acometido por LER/Dort, com quadro estabilizado, mas com presença de sintomas clínicos, pareceu-me uma tarefa hercúlea. As empresas, o INSS, os serviços médicos, a Academia, a

sociedade em geral, tem compartilhado essa enunciação que assevera a complexidade das LER/Dort como um problema que ultrapassa o campo da saúde para alastrar seus efeitos na configuração econômica de uma sociedade e nos modos pelos quais os sujeitos se constituem. É nesse sentido que se pretende, nas considerações finais dessa dissertação, fazer aumentar a duração e a intensidade desse “som” produzido, de fazer repercutir essas inquietações, esse ruído confuso que resultou de uma reflexão sobre essas questões.

# Ressonâncias

Ao iniciar essa pesquisa, algumas convicções e pressupostos faziam parte das motivações que me conduziam, porém, mais do que isso, tinha uma pré-disposição para caminhos nômades, para me arvorar por discussões não traçadas ou não estabelecidas previamente. O percurso dessa investigação vem se delineando há quase quatro anos, desde que ingressei no Mestrado como aluna especial para cursar algumas disciplinas e, desde então, ando às voltas com o mundo dos trabalhadores acometidos por LER/Dort sob a égide de uma formalização acadêmica sobre o assunto.

Ao longo desses anos de trabalho, alguns dos pressupostos foram acolhidos, mas o maior deles foi o de que estava tratando de um campo problemático extremamente complexo e atravessado por várias instâncias e dispositivos, e que o assunto em questão urge desdobramentos que galguem espaço nas práticas sociais. Os trabalhadores que vivenciam o adoecimento por LER/Dort e todas as suas implicações, em especial aquelas que dizem respeito à constituição de suas subjetividades e dos modos de viver e experienciar o trabalho, precisam ser o objeto de políticas e práticas sociais que repensem a relação entre a considerada (in)utilidade do trabalhador ou o estar apto ao trabalho com restrições e a necessidade de se presentificar no mundo do trabalho, seja como incapacatido, como alguém em gozo de benefícios acidentários mas em atividade laboral, ou como alguém que demanda reparação pelos danos que o trabalho causou em sua vida.

Muitas publicações relacionadas ao assunto LER/Dort foram encontradas na literatura técnica, mas de modo geral eram particularizadas às práticas profissionais médicas e fisioterapêuticas. A construção social das LER/Dort como doença é um assunto que vem ganhando espaço nos últimos anos, e tem despertado especial atenção do Estado, haja vista os custos que o aumento de sua incidência tem trazido aos cofres públicos.

Nessas considerações finais farei algumas observações sobre o desenvolvimento da proposta de abordagem que a pesquisa me permitiu chegar e, ainda, apontar suas possibilidades de desenvolvimento posterior. Discorrerei sobre os avanços dessa pesquisa sobre três aspectos, a saber: (1) em relação ao problema e aos seus objetivos dessa pesquisa; (2) em relação às perspectivas que se abrem e (3) concluirei com a enunciação das ressonâncias que essa pesquisa me proporcionou, como profissional e como pesquisadora.

## SOBRE O QUE SE PROPÔS COMO PESQUISA

Essa pesquisa nasceu com o intento de preencher uma lacuna teórica, um vazio angustiante em minha vida profissional. Tracei um painel de referências, escolhas e recortes para tratar da produção sobre as LER/Dort enquanto acidente de trabalho. O fato de existir lacunas não se traduziu em um desmerecimento ou desqualificação como equivocadas das abordagens que se apresentaram ao longo do processo investigativo. Isso apenas traduz a relação processual em que se dá a produção e circulação dos discursos sobre esse campo emblemático que é as LER/Dort para a Saúde do Trabalhador.

O problema dessa pesquisa se estabeleceu como as discursividades sobre o adoecimento do corpo do trabalhador acometido por LER/Dort e sua relação com os dispositivos de proteção social do Estado (benefícios acidentários e previdenciários) e contra o Estado (demandas administrativas e judiciais dos trabalhadores contra o INSS). Na tentativa de abordar esse objeto, optei pela pesquisa documental e pela análise da produção de sentido a partir dos documentos estudados como estratégias metodológicas para abordar esse fenômeno.

Um dos objetivos desse estudo foi identificar relatos sobre a inutilidade do corpo do trabalhador acometido por LER/Dort nas publicações do INSS. Durante a investigação, observei que elas se referem exaustivamente sobre as dificuldades pelas quais passa o trabalhador acometido por LER/Dort, e, de forma inesperada, denunciam a peregrinação desses trabalhadores nas idas e vindas ao INSS. Essa surpresa pode ser explicada pela presença de outros atores sociais – e então já posso enunciar aqui outro objetivo da pesquisa – na construção dessas publicações. Partindo do pressuposto anunciado pela Previdência Social brasileira que a mesma possui gestão quadripartite entre trabalhadores, empregadores, aposentados e governo, as publicações do INSS sobre as LER/Dort têm forte componente de mobilização social. A participação dos sindicatos dos trabalhadores, das entidades de representação dos empregadores e dos aposentados, além de membros da sociedade civil, é relatada nas publicações desse instituto. Outra instância que tem sido constantemente convidada a tratar da relação conflituosa entre trabalhadores acometidos por LER/Dort, empresa e INSS é a Justiça. Atualmente existem diversas demandas judiciais envolvendo trabalhador e INSS, trabalhador e empresa e, mais recentemente, INSS e empresa.

Esse jogo discursivo traz implicações na produção de sentidos sobre corpo, saúde e trabalho nos dias atuais. A concepção de incapacidade para o trabalho, à qual às vezes me refiro aqui como (in)utilidade do corpo do trabalhador, mostra-se por vezes contraditória, principalmente no que diz respeito à reintegração do indivíduo ao ambiente de trabalho. O trabalhador experencia uma contradição nos discursos entre a proteção do corpo frágil do trabalhador e as premissas do corpo-máquina, corpo-performance demandado pelas configurações de um Estado neoliberal. Ao mesmo tempo em que busca a confirmação da incapacidade do corpo acometido por LER/Dort, tem em mente o mundo competitivo em que vive e a cada vez mais degradante proteção social ao qual se submete ao requerer os benefícios previdenciários. Surgem, como um adendo a essa reparação, as demandas de indenização por danos morais e materiais. Essa discussão permeia a produção e circulação de sentidos que as demais instâncias e dispositivos de Estado fazem operar. Evidencia-se, entretanto, que a Previdência Social e as publicações do INSS mantêm-se como instâncias consolidadoras nessa configuração.

## SOBRE AS POSSIBILIDADES A PARTIR DESSE TRABALHO

A seguir farei a indicação de possíveis desdobramentos para a pesquisa que me ocorreram. São, na sua maior parte, ampliações e aplicações de usos que se delinearam durante o processo investigativo. A partir desses estudos, alguns caminhos se tornaram possíveis; caminhos outros que os não percorridos nessa trajetória.

A voz dos trabalhadores e suas narrativas sobre esse processo de adoecimento parecem se configurar como um caminho possível de se percorrer. Também continuam vívidas as preocupações iniciais sobre o processo de reabilitação dos trabalhadores, que passam de uma confrontação com uma desqualificação sócio produtiva para um processo de (re)inserção profissional. Acredito ser essa uma dimensão ampliada das discussões sobre a inutilidade do trabalhador e os modos de trabalhar e de se constituir enquanto sujeito, que necessita de muitos aportes e de um trabalho mais extenso, no qual poderia ser vislumbrada uma proposta de doutoramento.

Pode-se pensar ainda em discussões metodológicas importantes, com avaliações e revisões de ferramentas estratégicas, com vistas a aplicações em processos de análise

dos enunciados e comparações de enunciações, onde fosse importante, por exemplo, evidenciar as diferenças e proximidades de sentidos das publicações dos diversos atores sociais que compõem esse jogo discursivo.

Por fim, alguns desdobramentos da pesquisa apontam no sentido de construir ferramentas para o aprofundamento de aspectos específicos relacionados às práticas sociais, à sua estruturação e ao desenvolvimento de práticas profissionais que colaborem para a produção de saúde desses trabalhadores. Merecem especial atenção os programas de reabilitação e protocolos de atendimento utilizados pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e demais instâncias que participam da operacionalização do processo de reinserção desse trabalhador na sociedade.

## SOBRE ESSA PESQUISA E A PESQUISADORA

Enquanto aluna do mestrado, desde a matrícula em disciplinas isoladas como aluna especial ao ingresso como aluna regular do programa, o desenvolvimento dessa pesquisa foi atravessado por momentos de interações amplas - como as disciplinas que cursamos e os preparativos para o exame de qualificação com suas sabatinas no GEPEC[24] - passando por um momento quase solitário em que o aprofundamento nos estudos sobre o tema e as definições de foco insinuadas por minha orientadora me permitiram o debruçar-se sobre um campo problemático instigante. Nesse aspecto, essa pesquisa significou um processo de autoconhecimento e autoavaliação permanente, especialmente na disciplina e rigor do olhar.

Penso que algumas dessas questões que me produziram tanta angústia ainda irão persistir, mas a tentativa de preencher esse vazio de alma foi dando lugar a uma sensação de que é necessário se partir para a ação. Seja pela circulação dessas discussões que aqui se fizeram presentes, seja pela ampliação de um olhar sobre o problema. Uma escolha foi feita no início dessa pesquisa, e ela parece refletir a sensação de que muitas ainda deverão ser pronunciadas. Torço para que os vazios de alma sempre ocupem lugar quando o resultado deles for um movimento de inquietação.

[24] O GEPEC é a sigla para o Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Exclusão, Cidadania e Direitos Humanos, um grupo de pesquisa da UFS do qual faço parte e tem como um dos membros fundadores a minha orientadora.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


ALBUQUERQUE JR, Durval M. Discursos e pronunciamentos – a dimensão retórica da historiografia. *In:* PINSKY, C. B. e DE LUCA, T. R. (org.). **O historiador e suas fontes**. São Paulo: Contexto, 2011, pp. 223-249.

ALVES, Natália C. R. **Corpos entre saúde e trabalho: a construção sociopolítica da LER como doença**. 2004. 214f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Sociologia e Antropologia.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Tradução de Roberto Raposo. 11ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ANTONALIA, Cláudio. **LER DORT: Prejuízos sociais e fator multiplicador do custo**. São Paulo: LTr, 2001.

BEHRING, Elaine R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Coleção Memória e Sociedade. Rio de Janeiro, Bertand Brasil; Lisboa, Difusão Editorial, 1989.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL – MPAS. Portaria nº 4.062, de 06 de agosto de 1987. **Diário Oficial da União**. Brasília, 07 de agosto de 1987. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/66/MPAS/1987/4062.htm>. Acesso em: 7 set. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL – MPAS. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Regime Geral de Previdência Social. **Diário Oficial da** União. Brasília, 25 de julho de 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm>. Acesso em 7 set. 2010.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL – INSS. Norma Técnica para a Avaliação da Incapacidade. (Institui o nome Lesões por Esforços Repetitivos - LER, ampliando o conceito e aplicando os direitos previdenciários a esse grupo de doenças relacionadas ao trabalho). Brasília: Coordenação Geral de Serviços Previdenciários – INSS, Divisão de Perícias Médicas, março de 1993. Disponível em: <http://www.gfs.com.br/ler3368/LEREDIT.htm>. Acesso em 7 set. 2010.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS. Ordem de Serviço INSS/DSS n. 606, de 05 de agosto de 1998. Aprova Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT – Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade para Fins de Benefícios Previdenciários. **Diário Oficial da União**. 19 de agosto de 1998. Brasília (DF): Instituto Nacional de Seguridade Social, 1988. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/76/INSS-DSS/1998/606.htm>. Acesso em: 7 set. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Representação no Brasil da OPAS/OMS. **Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Brasília: Editora MS, 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf>. Acesso em 7 set. 2010.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL – INSS. Instrução Normativa n° 98, de 05 de dezembro de 2003. Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos – LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT. Anexo: Seção I – Atualização Clínica das Lesões por Esforços Repetitivos (LER) Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). **Diário Oficial da União**. Brasília, 10 de dezembro de 2003. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/INSS-DC/2003/98.htm>. Acesso em: 7 set. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL – MPAS. Lei nº 8.213. Compilado após publicação da Lei nº 11.718, de 2008. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213compilado.htm>. Acesso em 7 set. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 3ª ed. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>. Acesso em 30 ago. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**. 23 de agosto de 2012. Brasília, 23 de agosto de 2012. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=928>. Acesso em 30 ago. 2012.

CAMPELLO, Jacqueline C. O trabalho bancário e seus reflexos sobre a saúde. *In*: FONSECA, Tania M. G. (org.). **Modos de trabalhar, modos de subjetivar: tempos de reestruturação produtiva: um estudo de caso**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2002, p. 203-222.

CARDOSO, Lilia A. M. **Concessão de auxílio-acidente aos segurados portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – DORT**. 2004. 99f. Monografia (graduação) - Universidade do Vale do Itajaí, Departamento de Direito.

CHAMMÉ, Sebastião J. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. **Saúde e Sociedade**. v. 11, n. 2, p. 3-17. 2002.Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902002000200002&script=sci_arttext>. Acesso em 11 nov 2011.

CHAUVENET, Antoinette. A Lei e o Corpo. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**. **Saúde e Política Social.** Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 13-48. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/02.pdf>. Acesso em 7 set. 2010.

COUTO, Hudson. de A.; NICOLETTI, Sérgio J. & LECH, Osvandré. **Gerenciando a L.E.R. e os D.O.R.T. nos tempos atuais**. Belo Horizonte: ERGO Editora, 2007.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicologia e Semiologia dos Transtornos Mentais.** 2ª. ed. São Paulo: ArtMed, 2008.

DELEUZE, Gilles. **A Dobra: Leibniz e o Barroco**. Tradução Luiz B. L. Orlandi. Campinas: Papirus Editora, 1988.

FONSECA, T. M. G. Modos de trabalhar, modos de subjetivar em tempos de reestruturação produtiva. *In*: _____ (org.). **Modos de trabalhar, modos de subjetivar: tempos de reestruturação produtiva: um estudo de caso.** Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2002. p. 13-28.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. A ética do cuidado de si como prática da liberdade- Ética, Sexualidade, Política liberdade. *In:* **Ditos e Escritos**, Vol V, pp. 264-287. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso. Aula inaugural no Collége de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 21 ª edição. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

GRISCI, Carmem L. I. Modos de experimentar o tempo no contexto da reestruturação bancária. *In*: _____ (org.). **Modos de trabalhar, modos de subjetivar: tempos de reestruturação produtiva: um estudo de caso.** Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2002. p. 29-80.

LAZZARATO, Maurizio. **O governo das desigualdades: crítica da insegurança neoliberal**. Traduzido por Renato Abramowicz Santos. São Carlos: EdUFSCar, 2011.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. Tradução de Sonia M. S. Furhmann. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

LÉVY, Pierre. **As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática**. 2ª ed. Tradução de Carlos Irineu da Costa. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2010.

LIMA, Alexandre B. [*et al.*] Contribuições da Psicologia Social para o estudo das Lesões por Esforços Repetitivos (LER): construindo uma agenda para a superação dos efeitos da organização do trabalho na saúde do trabalhador. **PSI – Revista Psicologia Social e Institucional**, Londrina, v. 2, n. 2, p. 149-175. 2000. Disponível em: < http://www.uel.br/ccb/psicologia/revista/artigo%202.pdf>. Acesso em 11 nov. 2011.

MAIA, Miguel A. B. **O corpo invisível do trabalho: cartografia dos processos de trabalho em saúde**. 2006. 196f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. 20ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

MINAYO-GOMES, Carlos. Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e transformações. *In*: Carlos Minayo Gomes; Paulo Gilvane Lopes Pena; Jorge Mesquita Huet Machado. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2011, v. 1, p. 23-36.

MONTEIRO, Antonio L. e BERTAGNI, Roberto F. de S. **Acidentes de trabalho e doenças ocupacionais: conceito, processos de conhecimento e de execução e suas questões polêmicas.** 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

MUROFUSE, Neide T. e OLIVEIRA, Beatriz R. G. de. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Rev.latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 109-115, janeiro 2001.

NEVES, Robson da F. & NUNES, Mônica de O. N. Da legitimação a (res)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 211-220. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100026>. Acesso em 11 nov. 2011.

OLIVEIRA, Luiz C. C. **Doença invisível, medicina ambígua: a configuração clínica da LER/DORT**. 2006. 453p. Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

PEREIRA, Jordeana D.; SILVA, Sheila S. de S.; PATRIOTA, Lucia M. Políticas sociais no contexto neoliberal: focalização e desmonte. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v. 5, n. 3, p. 56-64. 2006. Disponível em: < http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/viewFile/64/56>. Acesso em 24 jun. 2013.

PICOLOTO, Daiana & SILVEIRA, Elaine. Prevalência de sintomas osteomusculares e fatores associado sem trabalhadores de uma indústria metalúrgica de Canoas – RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 507-516. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000200026&script=sci_arttext>. Acesso em 11 nov. 2011.

SALIM, Celso A. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo em Perspectiva**. v. 17, n. 1, p. 11-24. 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392003000100003&script=sci_arttext>. Acesso em 14 abr. 2011.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um Discurso sobre as Ciências**. São Paulo: Editora Cortez, 2003.

SANTOS, Marisa F. **Direito Previdenciário**. São Paulo: Saraiva, 2007.

SAWAIA, Bader (org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da** desigualdade social. 3ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

SENNET, Richard. **Carne e Pedra: o corpo e a cidade na civilização ocidental**. Tradução de Marcos Aarão Reis. Rio de Janeiro: BestBolso, 2008.

SPINK, Peter. Análise de documentos de domínio público. In: SPINK, Mary Jane P. (org.). 3. ED. São Paulo: Cortes, 2004. p. 123-152.

VALER, Izanete A. T. **Fontes de custeio da Seguridade** Social. Disponível em: < http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=5277>. Acesso em 02 jun. 2013.

VASCONCELLOS, Luiz C. F**. e** MACHADO, J. M. H. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado. *In*: Carlos Minayo Gomez; Jorge Mesquita Huet Machado; Paulo Gilvane Lopes Pena. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, v. 1, p. 37-66.

VERÓN, Eliseo. **A produção de sentido**. Tradução de Alceu Dias Lima [*et. al*]. São Paulo: Cultrix, 1980.

VERTHEIN, Marilene A. R. **Jogos de poder instituindo saber sobre as Lesões por Esforços Repetitivos: as redes discursivas da recusa do nexo**. 2001. 239f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz.

VERTHEIN, Marilene A. R; MINAYO-GOMES, Carlos. As armadilhas: bases discursivas da neuropsiquiatrização das LER. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 6, n. 2, p. 457-470. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200015&script=sci_arttext. Acesso em 14 abr. 2011.

# Anexos

# Anexos

**Anexo A – Legislação brasileira**: encontram-se as publicações brasileiras tomadas como universo discursivo nessa pesquisa.

**Anexo B - Relação exemplificativa entre o trabalho e algumas classificações de doenças**: encontram-se as principais lesões e suas causas, exemplos e diagnósticos diferenciais.

**Anexo C – Benefícios acidentários relacionados ao trabalho**: estão descritos os principais benefícios acidentários (relacionados ao trabalho) e previdenciários (relacionados às doenças comuns).

# Anexo A – Legislação brasileira

## PORTARIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL – MPAS. Portaria nº 4.062, de 06 de agosto de 1987. Diário Oficial da União. Brasília, 07 de agosto de 1987. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/66/MPAS/1987/4062.htm>. Acesso em: 7 set. 2010.

## ORDENS DE SERVIÇO

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS. Ordem de Serviço INSS/DSS n. 606, de 05 de agosto de 1998. Aprova Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT – Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade para Fins de Benefícios Previdenciários. **Diário Oficial da União**. 19 de agosto de 1998. Brasília (DF): Instituto Nacional de Seguridade Social, 1988. Disponível em: http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/76/INSS-DSS/1998/606.htm. Acesso em: 7 set. 2010.

## INSTRUÇÕES NORMATIVAS

Instrução Normativa n° 98, de 05 de dezembro de 2003. Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos – LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT. Anexo: Seção I – Atualização Clínica das Lesões por Esforços Repetitivos (LER) Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). **Diário Oficial da União**. Brasília, 10 de dezembro de 2003. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/INSS-DC/2003/98.htm>. Acesso em: 7 set. 2010.

## NORMAS TÉCNICAS

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL – INSS. Norma Técnica para a Avaliação da Incapacidade. (Institui o nome Lesões por Esforços Repetitivos - LER, ampliando o conceito e aplicando os direitos previdenciários a esse grupo de doenças relacionadas ao trabalho). Brasília: Coordenação Geral de Serviços Previdenciários – INSS, Divisão de Perícias Médicas, março de 1993. Disponível em: <http://www.gfs.com.br/ler3368/LEREDIT.htm>. Acesso em 7 set. 2010.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS. Ordem de Serviço INSS/DSS n. 606, de 05 de agosto de 1998. Aprova Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT – Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade para Fins de Benefícios Previdenciários. **Diário Oficial da**

**União**. 19 de agosto de 1998. Brasília (DF): Instituto Nacional de Seguridade Social, 1988. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/76/INSS-DSS/1998/606.htm>. Acesso em: 7 set. 2010.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL – INSS. Instrução Normativa n° 98, de 05 de dezembro de 2003. Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos – LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT. Anexo: Seção I – Atualização Clínica das Lesões por Esforços Repetitivos (LER) Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). **Diário Oficial da União**. Brasília, 10 de dezembro de 2003. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/INSS-DC/2003/98.htm>. Acesso em: 7 set. 2010.

**LEIS**

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL – MPAS. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Regime Geral de Previdência Social. **Diário Oficial da** União. Brasília, 25 de julho de 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm>. Acesso em 7 set. 2010.

**PUBLICAÇÕES**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Representação no Brasil da OPAS/OMS. **Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Brasília: Editora MS, 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf>. Acesso em 7 set. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 3ª ed. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>. Acesso em 30 ago. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL – MPAS. Lei nº 8.213. Compilado após publicação da Lei nº 11.718, de 2008. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213compilado.htm>. Acesso em 7 set. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**. 23 de agosto de 2012. Brasília, 23 de agosto de 2012. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=928>. Acesso em 30 ago. 2012.

## Anexo B - Relação exemplificativa entre o trabalho e algumas classificações de doenças

| LESÕES | CAUSAS OCUPACIONAIS | EXEMPLOS | ALGUNS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS |
|---|---|---|---|
| Bursite do cotovelo (olecraniana) | Compressão do cotovelo contra superfícies duras | Apoiar o cotovelo em mesas | Gota, contusão e artrite reumatóide |
| Contratura de fáscia palmar | Compressão palmar associada à vibração | Operar compressores pneumáticos | Heredo – familiar (Contratura de Dupuytren) |
| Dedo em gatilho | Compressão palmar associada à realização de força | Apertar alicates e tesouras | Diabetes, artrite reumatoide, mixedema, amiloidose. |
| Epicondilites do Cotovelo | Movimentos com esforços estáticos e preensão prolongada de objetos, principalmente com o punho estabilizado em flexão dorsal e nas prono-supinações com utilização de força. | Apertar parafusos, desencapar fios, tricotar, operar motosserra | Doenças reumáticas e metabólicas, hanseníase, neuropatias periféricas, contusão, traumas |
| Síndrome do Canal Cubital | Flexão extrema do cotovelo com ombro abduzido. Vibrações. | Apoiar cotovelo ou antebraço em mesa | Epicondilite medial, sequela de fratura, bursite olecraniana, forma T de hanseníase |
| Síndrome do Canal de Guyon | Compressão da borda ulnar do punho | Carimbar | Cistos sinoviais, tumores do nervo ulnar, tromboses da artéria ulnar trauma, artrite reumatoide e etc. |
| Síndrome do Desfiladeiro Torácico | Compressão sobre o ombro, flexão lateral do pescoço, elevação do braço | Fazer trabalho manual sobre veículos, trocar lâmpadas, pintar paredes, lavar vidraças, apoiar telefones entre ombro e cabeça | Cervicobraquialgia, síndrome da costela cervical, síndrome da primeira costela, metabólicas, artrite reumatoide, rotura do supra-espinhoso |
| Síndrome do Interósseo Anterior | Compressão da metade distal do antebraço | Carregar objetos pesados apoiados no antebraço | (-) |
| Síndrome do Pronador Redondo | Esforço manual do antebraço em pronação | Carregar pesos, praticar musculação, apertar parafusos | Síndrome de Túnel do Carpo |
| Síndrome do Túnel do Carpo | Movimentos repetitivos de flexão, mas também extensão com o punho, principalmente se acompanhados por realização de força. | Digitar, fazer montagens industriais, empacotar | Menopausa, trauma, tendinite da gravidez (particularmente se bilateral), lipomas, artrite reumatóide, diabetes, amiloidose, obesidade neurofibromas, insuficiência renal, lupus eritematoso, condrocalcinose do punho |
| Tendinite da | Manutenção do antebraço | Carregar pesos | Artropatia metabólica e |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Porção Longa do Bíceps | supinado e fletido sobre o braço ou do membro superior em abdução. | | endócrina, artrites, osteofitose da goteira bicipital, artrose acromioclavicular e radiculopatias C5-C |
| Tendinite do Supra – Espinhoso | Elevação com abdução dos ombros associada a elevação de força | Carregar pesos sobre o ombr | Bursite, traumatismo, artropatias diversas, doenças metabólicas |
| Tenossinovite de De Quervain | Estabilização do polegar em pinça seguida de rotação ou desvio ulnar do carpo, principalmente se acompanhado de força. | Digitar, operar mouse | Artrite Reumatóide , Gonocócica, Osteoartrose e Distrofia Simpático– Reflexa (síndrome Ombro - Mão) |

Fonte: Instrução Normativa nº 98, de 05/12/2003

# Anexo C – Benefícios acidentários relacionados ao trabalho

| Benefícios acidentários relacionados ao trabalho | |
|---|---|
| Código | Referente a |
| **B-91** | **Auxílio-doença**<br><br>- Aplica-se em caso de incapacidade para trabalho ou para atividade habitual por mais de 15 dias consecutivos, contados a partir do dia seguinte ao do acidente de trabalho.<br><br>- Pagamento de 91% do salário de contribuição vigente no dia da do acidente.<br><br>- Afastamento temporário; deve-se iniciar tratamento em ambulatório da rede pública de saúde (SUS).<br><br>- Requer encaminhamento ao Centro de Reabilitação Profissional (CRP), de onde o beneficiário será encaminhado de volta ao trabalho, se considerado apto.<br><br>- Somente cessará após a realização da perícia médica e da reabilitação profissional, quando o empregado retornar às suas atividades. |
| **B-92** | **Aposentadoria por invalidez acidentária**<br><br>- Aplica-se em caso de o trabalhador ser considerado incapaz para o trabalho e insuscetível à reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência.<br><br>- Vitalícia, ou enquanto permanecer nessa condição. |
| **B-93** | **Pensão por morte acidentária**<br><br>- Para o conjunto de dependentes do trabalhador que falecer em consequência de acidente ou doença do trabalho.<br><br>- O valor mensal da pensão será 100% do salário de benefício ou salário de contribuição vigente no dia do acidente, o que for mais vantajoso. |
| **B-94** | **Auxílio-acidente**<br><br>- Aplica-se em caso de sequelas que impliquem redução da capacidade laborativa, exigindo maior esforço ou necessidade de adaptação para exercer a mesma atividade ou que impeça o desenvolvimento da atividade exercida à época do acidente.<br><br>- Pagamento mensal e vitalício, correspondendo a um percentual do salário de contribuição, no dia do acidente, variável entre 30 e 60% do salário de benefício, até a aposentadoria, de acordo com a limitação ou redução. |