

AS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS E O SETOR BANCÁRIO

Claudia Imai^(*)

RESUMO

As Lesões por Esforços Repetitivos (L.E.R.), também conhecida por Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (D.O.R.T.), estão ganhando cada vez mais destaque na sociedade de hoje. Tendo em vista a crescente importância das L.E.R. no contexto mundial, este trabalho tem por objetivo o desenvolvimento de um estudo sobre o impacto das Lesões por Esforços Repetitivos nas organizações bancárias. Este setor foi escolhido porque este tipo de organização possui um número significativo de portadores desta doença dentro de seu quadro funcional, e possui também um ambiente propício para sua propagação. Como complementação deste estudo, foi feito um trabalho de pesquisa sobre a doença e também serão analisadas as políticas preventivas existentes em algumas instituições bancárias.

^(*) Graduanda do Curso de Administração de Empresas da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo. E-mail: cstr_imai@uol.com.br.

INTRODUÇÃO

Com as novas tecnologias nos processos de trabalho, uma nova doença está proliferando nas organizações. Conhecida como L.E.R. - Lesões por Esforços Repetitivos -, esta nova onda de trabalho está assumindo cada vez mais a face de uma epidemia.

As L.E.R., ou D.O.R.T.¹¹, pouco conhecidas até os anos 70, tiveram um rápido crescimento nos ambientes de trabalho em todo o mundo. Assim sendo, estão ganhando um destaque cada vez maior no que se refere a estudos sobre a doença em si e a políticas de prevenção.

Segundo previsão dos médicos Laerte Snelwar, da Escola Politécnica, e Herval Pina Ribeiro, da Faculdade de Saúde Pública da USP, um em cada dez trabalhadores do setor de serviços tem ou terá L.E.R. nos próximos anos, se a organização do trabalho não mudar. Através de dados apresentados pela revista Exame (janeiro de 1995), constatou-se que nos Estados Unidos as L.E.R. respondem por 56% dos casos de doença ocupacional, atingindo 282.000 pessoas em 1992. No Brasil, o Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUSAT) registrou o recorde de 550 casos em 1993, 60,7% de todas as ocorrências profissionais. Mas sabe-se que existe um número muito maior de casos não registrados, pois ainda há um preconceito relacionado à doença (algumas empresas negam a sua existência, tratando como sendo meramente psicológica).

Ao contrário do acidente repentino, que é visível e ligado principalmente aos ofícios manuais de risco e mais pesados, as L.E.R. são pouco visíveis. Possuem difícil diagnóstico médico e, se não forem tratadas nos estágios iniciais, podem levar à invalidez permanente.

Histórico

Têm-se conhecimento de casos de L.E.R. desde 1700, quando a doença foi observada em escriturários e taquígrafos. As três principais causas identificadas foram: a longa permanência na posição sentada, a exigência de movimentos repetitivos dos membros superiores e o sofrimento psíquico, em razão da rapidez, atenção e responsabilidades exigidas nessas funções.

Porém, foi após a metade deste século que o caráter do esforço músculo-esquelético mudou muito, começando pelo setor industrial e seguindo para os setores de comércio e de serviços. Com a incorporação das novas tecnologias, muitas delas originárias do Japão, as L.E.R. atingiram países da Europa Ocidental, Escandinávia, Estados Unidos, Canadá e Austrália.

Contraditoriamente, diversas fontes atribuem à Austrália o início dos estudos sobre L.E.R.. Neste país, as L.E.R. passaram a ser vistas como uma epidemia no início da década de 80, num contexto de preocupação a respeito de saúde ocupacional. A formulação dos conhecimentos sobre as L.E.R. (conhecida na Austrália como Repetitive Strain Injury) não vieram da medicina nem de pesquisas, e sim de documentos de sindicatos e de julgamentos.

Casos irrecuperáveis de tenossinovite (uma das diversas formas de manifestação das L.E.R.) começaram a aparecer em 1979 nas estatísticas do New South Whales Compensation (Austrália), e em 1982 um juiz da Suprema Corte da Austrália considerou este desconhecido distúrbio, denominando-o *repetition injury*.

Após a legitimação de suas causas, o Australian Council of Trade Unions e o Victorian Trade Hall Council publicaram e circularam um longo documento denominado "Guidelines to the Prevention of Repetitive Strain Injury". Então, os sindicatos passaram a publicar muitos livretes listando os sintomas, as causas e a forma de prevenção das L.E.R.. Cabe ressaltar que, apesar de até então o setor médico não ter conhecimento deste distúrbio, veredictos favoráveis aos lesionados foram mantidos.

O setor médico em geral permaneceu no escuro até que três estudos sobre como as L.E.R. poderiam ser diagnosticadas, prevenidas e tratadas fossem publicadas em dezembro de 1983 e

¹ D.O.R.T., que significa Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho, é o novo termo utilizado para designar as L.E.R. Espera-se que em breve haja a alteração oficial do termo L.E.R. para D.O.R.T.

março de 1984 no *Medical Journal of Australia*, endossados por um editorial do departamento acadêmico de saúde ocupacional. Os sintomas dessa epidemia atingiram seu pico no serviço público australiano e nas telecomunicações em novembro de 1984, e um pouco depois no serviço público estatal e nas indústrias (The origins of the Concept of RSI, s/d).

Definição da Doença

As L.E.R. são designadas de diferentes formas em todo o mundo: L.E.R. (Lesões por Esforços Repetitivos) ou L.T.C. (lesões por Traumas Cumulativos), no Brasil; R.S.I. (Repetitive Strain Injury), na Austrália; O.C.D. (Occupational Cervicobrachial Disorder), no Japão; ou ainda como C.T.D. (Cumulative Trauma Disorders), nos EUA. Porém, há a intenção de se mudar sua denominação aqui no Brasil para D.O.R.T. (Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho). Além dessas diversas denominações a nível mundial, elas ainda possuem diversas definições, tais como:

- Um grande número de lesões do sistema osteo-músculo-ligamentar dos membros superiores, ou seja, processos inflamatórios que afetam um ou mais tendões e suas bainhas, com sinais clínicos de dor, tumor, crepitação e redução da função.
- Rótulo dado a uma variedade de dolorosas e debilitantes condições que se acredita serem causadas pelos movimentos repetitivos das mãos e dos braços. É uma debilitação real que envolve dores moderadas a severas, no trabalho. Envolve tecidos suaves e não pode ser medida diretamente, na grande maioria dos casos pode ser medido usando indiretos, mas objetivos indicadores físicos como por exemplo a eletromiografia.

As L.E.R. podem se manifestar de diversas maneiras:

- Tenossinovite: inflamação do tecido que reveste os tendões;
- Tendinite: inflamação dos tendões;

- Epicondilite: inflamação das estruturas do cotovelo;
- Bursite: inflamação das bursas (bolsas localizadas entre os ossos e tendões das articulações dos ombros);
- Miosites: inflamação dos músculos;
- Síndrome do Túnel do Carpo: compressão do nervo mediano, ao nível do punho;
- Síndrome Cervicobraquial: compressão dos nervos da coluna cervical;
- Síndrome do Desfiladeiro Torácico: compressão do plexo (nervos e vasos); e
- Síndrome do Ombro Doloroso: compressão de nervos e vasos na região do ombro.

Se diagnosticadas no início da apresentação dos sintomas e tiverem tratamento adequado, as L.E.R. podem ser controladas. Elas possuem 4 os estágios de evolução (Ministério da Previdência Social, 1993):

Grau 1 - Sensação de peso e desconforto do membro afetado. Dor espontânea localizada nos membros superiores ou cintura escapular, às vezes com pontadas que aparecem em caráter ocasional durante a jornada de trabalho e não interferem na produtividade. Essa dor é leve e fugaz e melhora com repouso. Não há sinais clínicos, e a dor pode se manifestar durante o exame clínico, quando comprimida a massa muscular envolvida. Tem bom prognóstico.

Grau 2 - A dor é mais persistente e intensa, e aparece durante a jornada de trabalho de forma intermitente. É tolerável e permite o desempenho da atividade profissional, mas afeta o rendimento em períodos de exacerbação. A dor torna-se mais localizada e pode vir acompanhada de formigamento e calor, além de leves distúrbios de sensibilidade. A recuperação é mais demorada mesmo com o repouso e a dor pode aparecer, ocasionalmente, quando fora do trabalho durante as atividades domésticas. Os sinais clínicos de um modo geral continuam ausentes. Podem ser observados por vezes pequena nodulação e dor ao apalpar o músculo envolvido. Prognóstico Favorável.

Grau3 - A dor torna-se mais persistente, mais forte e tem irradiação mais definida. O repouso em geral só atenua a intensidade da dor, nem sempre fazendo-a desaparecer por completo. Aparece mais vezes fora da jornada, especialmente à noite. Perde-se um pouco a força muscular, e há sensível queda de produtividade (quando não a impossibilidade de executar a função). Os sinais clínicos já estão presentes. O inchaço é freqüente, assim como a transpiração e a alteração da sensibilidade. Apalpar ou movimentar o local causa dor forte. Nessa etapa, o retorno à atividade é problemático. Prognóstico reservado.

Grau4 - A dor é forte e contínua, por vezes insuportável. Os movimentos acentuam consideravelmente a dor, que em geral estende-se a todo o membro afetado. A perda de força e do controle dos movimentos são constantes. A capacidade de trabalho é anulada e a invalidez se caracteriza pela impossibilidade de um trabalho produtivo regular. Os atos da vida diária são também altamente prejudicados. Neste estágio, são comuns as alterações psicológicas, com quadros de depressão, ansiedade e angústia. Prognóstico sombrio.

Causas

Apesar da gravidade e amplitude das L.E.R., ainda não existe um consenso sobre as causas da doença. Dizer que a postura inadequada ou apenas os movimentos repetitivos são os responsáveis pela doença seria o mesmo que dizer que todos os expostos a esta mesma situação adoeceriam. Porém, este não é o caso. Podemos citar o caso de digitadores que trabalham há muitos anos nesta função e não apresentam a doença. Já outros a apresentam com apenas alguns meses de serviço.

Como não se pode ainda falar em causas da doença, pesquisadores têm tentado descobrir quais são os fatores de risco que podem levar ao surgimento/agravamento da doença. Feito isso, é possível a definição da melhor estratégia de prevenção.

Alguns dos fatores de risco são:

- Trabalho segmentado, onde cada um exerce uma única tarefa de forma repetitiva.
- Obrigatoriedade de manter ritmo acelerado de trabalho para garantir a produção.
- Número de funcionários inferior ao número necessário, resultando em sobrecarga.
- Trabalho rigidamente hierarquizado, sob pressão constante das chefias.
- Ausência de pausas adequadas durante a jornada de trabalho.
- Mobiliário inadequado (cadeiras, mesas, etc.), que obriga a adoção de posturas incorretas do corpo durante a jornada de trabalho.
- Vícios de postura.
- Ambiente de trabalho frio, ruidoso e mal ventilado; e
- Problemas de competição (as pessoas são estimuladas a competir entre si, o que leva a um ritmo excessivo e desgastante do trabalhador).

Porém, existe outros fatores ligados à origem da doença, tais como aspectos pessoais, psíquicos e/ou emocionais do indivíduo. Numa pesquisa feita por Maria Elizabeth Antunes Lima (1995), foi elaborado um perfil psicológico dos lesionados, obtendo o seguinte resultado: trata-se, em geral, de pessoas mais tensas e ansiosas (que não sabem "relaxar", mantendo a musculatura em estado de tensão permanente, mesmo fora do ambiente de trabalho), mais ágeis, perfeccionistas e com grande necessidade de reconhecimento. São pessoas que levam as coisas muito a sério e querem o resultado de maneira muito imediata.

Para a autora da pesquisa, alguns dos possíveis causadores da doença são:

- Não realização profissional.
- Desinteresse pelo trabalho gera ansiedade em algumas pessoas, e estas reagem acelerando seu ritmo, numa tentativa inútil de se libertar das tarefas.

- Tensão inerente ao setor bancário (medo de perder emprego, horário de recolhimento dos malotes).

A gênese da L.E.R. está associada não só às deficiências no posto de trabalho (mobiliário e meio ambiente inadequados), mas também à organização do trabalho (movimento repetitivo em alta velocidade, à ausência de pausas adequadas, às horas-extras frequentes e ao clima organizacional inadequado) e a aspectos pessoais (desgaste mental, vícios de postura). Porém, a maior parte das empresas enfatiza o primeiro grupo, especialmente os equipamentos e mobiliário (aspecto mais fácil de ser alterado). Cabe ressaltar que, apesar de reduzir os fatores de risco, essas medidas por si só não bastam. Deve ser feito um trabalho multidisciplinar para a prevenção mais eficaz. Apenas as melhorias introduzidas no que se refere ao posto de trabalho não são capazes de deter o aparecimento e aumento das L.E.R.

Diagnóstico

Segundo Maria Celeste C.G.Almeida (1995), o diagnóstico deve envolver 3 abordagens:

- diagnóstico clínico (a doença, fisiologicamente falando);
- diagnóstico psicológico (o trabalhador e suas características de personalidade); e
- diagnóstico organizacional (o trabalho, com sua organização e divisão dentro da empresa).

Para ela, não só o diagnóstico deve ser baseado neste tripé, mas também sua futura intervenção.

Prevenção

É consenso geral de que a melhor forma de se tratar a L.E.R. é através da prevenção, pois ao se atingir um estágio avançado, a doença não tem mais tratamento. Segundo a Resolução SS-197,

de 08/06/1992, a prevenção da LER baseia-se na adoção de medidas relativas:

- a) Ao tempo de exposição (pausas, limitação do tempo de trabalho em determinados postos).
- b) Alterações no processo e organização do trabalho).
- c) Adequação às características dos trabalhadores de máquinas, mobiliários, dispositivos, equipamentos e ferramentas de trabalho.

Além disso, a Resolução determina que, diante da ocorrência de caso de L.E.R. (ainda que na forma inicial e não incapacitante), cabe ao empregador adotar medidas corretivas, tais como:

- a) Introdução de pausas para descanso.
- b) Redução da jornada de trabalho ou do tempo de trabalho na atividade geradora de L.E.R..
- c) Modificações no processo e na organização do trabalho visando à diminuição da sobrecarga muscular gerada por gestos e esforços repetitivos, mecanizando ou automatizando o processo, reduzindo o ritmo de trabalho e as exigências de tempo, diversificando as tarefas.
- d) Adequação do mobiliário, máquinas, dispositivos, equipamentos e ferramentas às características fisiológicas do trabalhador, de modo a reduzir a intensidade dos esforços aplicados e corrigir posturas desfavoráveis na realização de gestos e esforços repetitivos, tais como desvios de punho, punhos em flexão ou extensão, pronação ou supinação, abdução e rotações de ombro, flexão, extensão e rotação do pescoço, isolada ou combinadamente.
- e) Realização de estudo para análise ergonômica do trabalho.

Ainda podemos citar a existência de inúmeras publicações dirigidas ao público-alvo da doença, visto que a prevenção cabe tanto ao empregador quanto ao empregado. Assim, diversas recomendações são feitas aos trabalhadores, tais como:

- a) Ajustar o posto de trabalho às características físicas do trabalhador (altura do banco, do encosto, etc.).
- b) Adoção de uma postura adequada.
- c) Evitar torções (de tronco, punho, etc.).
- d) Fazer pausas constantes (em geral, aconselha-se um descanso de 5 a 10 minutos após cada 50 minutos trabalhados).
- e) Fazer exercícios de relaxamento/alongamento durante o período de trabalho.
- f) Não apoiar o telefone entre o ombro e o ouvido (de modo que você possa digitar e falar ao telefone ao mesmo tempo). Este procedimento é muito agravante para o pescoço, ombro e braço.

Ergonomia

Sempre que se fala em prevenção às L.E.R., a ergonomia ganha um papel de destaque. No Brasil, isso ocorreu principalmente a partir da entrada em vigor da nova NR-17 (Norma Regulamentadora nº 17 - Ergonomia), no começo de 1991.

Segundo Regina Heloisa Maciel (1995), "ergonomia é o estudo de aspectos do trabalho e da relação com o conforto e bem-estar do trabalhador. Tradicionalmente, ela se ocupa daqueles fatores do trabalho relacionados às posturas, movimentos e ritmo determinados pela atividade e do conteúdo dessa atividade, nos seus aspectos físicos e mentais. A análise do trabalho, base da intervenção ergonômica, não se atém, no entanto, somente a essas questões, pois o conteúdo da atividade, as posturas adotadas pelo trabalhador, sua movimentação e seu ritmo são, por sua vez, codeterminados por outros fatores organizacionais."

Seu objetivo principal é a proposição de melhorias nas condições de trabalho visando o conforto e o bem-estar do operador, a partir da análise da atividade. As soluções (ou melhorias) ergonômicas podem se referir a vários aspectos do trabalho: às características do posto (cadeiras, mesas, bancadas, etc.); ao planejamento e localização de materiais e equipamentos de trabalho; à

quantidade, qualidade e localização da iluminação; e a indicações sobre melhorias nas condições de ruído e na organização da atividade, incluindo o planejamento de novos dispositivos de trabalho ou modificações nos existentes e alterações no ritmo e seqüenciamento das várias tarefas desempenhadas pelo operador (Maciel, 1995). A ergonomia é, portanto, bastante ampla e aborda vários aspectos do trabalho visando adequar esse trabalho às características dos operadores. É através dessa adequação que ela pretende chegar a trabalhos que sejam mais confortáveis para os operadores e que não venham a se constituir em risco para a sua saúde.

Tratamento

O afastamento do trabalho é a medida mais importante e obrigatória para o tratamento, pois significa poupar o adoecido de continuar exposto às agressões do trabalho que o fizeram adoecer.

Segundo estudo de Cunha, Queiroz, Hatem e Guimarães (1992), o tratamento resume-se em 4 pontos importantes:

Medidas Gerais

- a) Repouso - reduzir as atividades nas articulações afetadas.
- b) Dieta - associada às necessidades de cada paciente; em pacientes obesos, a diminuição do peso evita a solicitação das articulações.

Terapêutica

Utilização de medicamentos para aliviar a dor e diminuir o processo inflamatório.

Medidas Ortopédicas

Indicação para correção de postura, deformidades ou anormalidades que venham a ocorrer.

Medidas Cirúrgicas

Somente em alguns casos, quando a intervenção cirúrgica é a única medida capaz de restituir a capacidade funcional e diminuir a dor.

Por fim, aconselha-se o retorno ao ambiente de trabalho de forma lenta e gradual, com exercícios obrigatórios e modificações na jornada de trabalho. A correção da postura, adequação do ferramental às condições de trabalho, proibição de horas extras e acompanhamento técnico e psicológico são fundamentais para a boa inserção do pessoal ao trabalho.

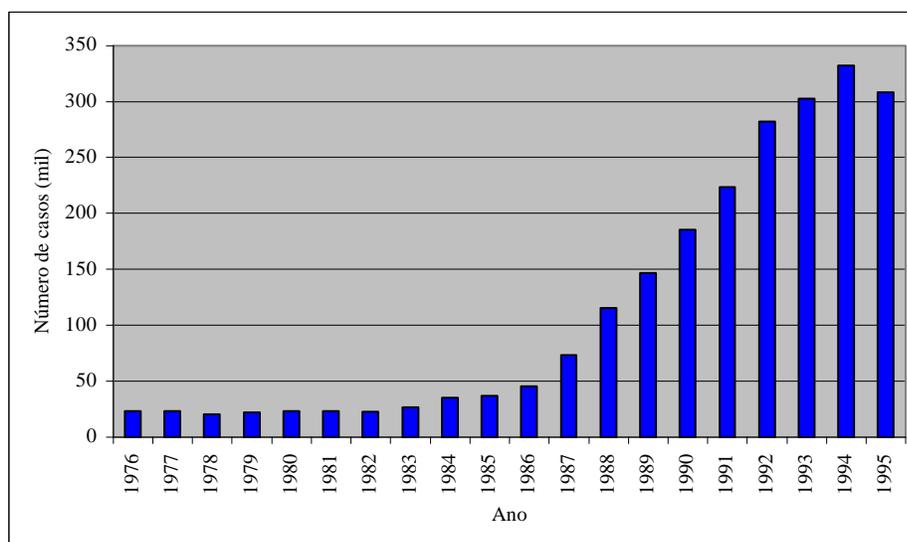
Cabe ainda ressaltar a importância a ser dada às alterações psicológicas. De acordo com Yeng (1995), é importante a adoção de manobras de relaxamento durante a reabilitação, principalmente naqueles componentes que apresentam componente ansioso-depressivo importante. Os pacientes portadores de L.E.R. muitas vezes se sentem pressionados a se recuperarem num curto período de tempo, o que acarreta em insegurança quanto ao retorno às atividades e receio quanto ao futuro.

As L.E.R. no Mundo

Nos Estados Unidos, os casos de L.E.R. alcançaram vulto nos primeiros anos da década de 80 (Ribeiro, 1995). Alguns anos depois, uma revista americana de grande circulação no mundo inteiro difundiu alguns dados originários do Departamento de Trabalho e Indústria dos Estados Unidos. Cerca de 60% de todas as doenças ocupacionais que vêm ocorrendo no país são lesões associadas a esforços repetitivos, provocadas principalmente pela incorporação de microcomputadores e tecnologias semelhantes (National Institute for Occupational Safety and Health, 1997).

Em 1995, foram registrados 494.800 novos casos de doenças relacionadas ao trabalho no setor privado dos EUA. E as L.E.R. são responsáveis por 3/5 desses novos casos registrados. Por muitos anos, as L.E.R. têm sido a categoria de crescimento mais acelerado em casos registrados pelo Bureau of Labor Statistics (agência do U.S. Department of Labor). Eles aumentaram de 22.600 casos (1982) para 332.100 casos (1994), um aumento de mais de 1.000% em 12 anos, antes de cair para 308.200 casos em 1995 (vide gráfico 1). (DRUDI, 1997).

Gráfico 1 - Número de Casos de L.E.R. Registrados pela Indústria Privada nos EUA (1976/1995)



Fonte: DRUDI, D - Have Disorders Associated with Repeated Trauma Disorders Stopped Increasing? - Bureau of Labor Statistics/ U.S. Department of Labor, 1997

Em 1986, doenças relacionadas a esforços repetitivos tornaram-se líderes na incidência de doenças ocupacionais, e em 1989, as L.E.R. já haviam ultrapassado a soma de todas as outras doenças ocupacionais combinadas (Bureau of Labor Statistics, 1997). A publicação do Bureau of Labor Statistics (1997) ainda considera que a queda em 7% no número de casos (de 332.100, em 1994, para 308.200, em 1995) é significativa por ter ocorrido em apenas 1 ano. Porém, não se deve tirar conclusões precipitadas, visto que uma tendência futura não pode ser baseada em dados de apenas 1 ano. Ainda é cedo para se determinar se essa queda representa uma estabilização após mais de uma década de crescimento, uma reversão da tendência devido ao aprimoramento ergonômico, ou uma anomalia.

Cabe ainda ressaltar algumas ressalvas feitas a essa pesquisa, tais como: (1) o número reportado pode ser influenciado por mudanças nas atividades econômicas, condições de trabalho e práticas adotadas, etc.; e (2) a pesquisa mostra o número de novos casos que são reconhecidos, diagnosticados e reportados durante o ano, não observando dados relativos ao diagnóstico inadequado em anos anteriores.

As L.E.R. no Brasil

Segundo o relatório anual do Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social (Nusat, BH/MG, 1993), houve um aumento no número de casos de L.E.R., que pode ser relacionado às características do processo de modernização e automação do parque industrial brasileiro. A partir dos anos 80, com a introdução de novas políticas de pessoal, novas práticas gerenciais e tecnologias importadas do primeiro mundo, houve uma intensificação da perda de controle dos trabalhadores sobre o processo de trabalho. (Alves, 1995).

Estatísticas

Dados apresentados no Relatório Anual de 1995, elaborado pelo NUSAT/MG (Núcleo de Saúde do Trabalhador de Minas Gerais), revelam que a L.E.R. ocupou, entre as doenças profissio-

nais, o primeiro lugar em número de atendimentos no decorrer de 1995. Foram atendidos 1160 casos de L.E.R., o que significou 70,6% do total de atendimentos (é importante ressaltar que a doença colocada em segundo lugar, em número de atendimentos, apresentou um total de 255 casos). No decorrer de 1994, foram registrados 554 casos, ou seja, houve um aumento de mais de 100% no número de casos em apenas um ano. Cabe ainda ressaltar as observações feitas por Lima & Lima: "os trabalhadores mais jovens continuam sendo os mais atingidos (prevalecendo a faixa etária de 30 a 39 anos), mas o relatório revela que, comparativamente ao ano de 1994, houve um crescimento percentual do número de casos diagnosticados na faixa de 20 a 29 anos, tendo sido observados 4 casos de trabalhadores com menos de 20 anos".(Lima FPA; Lima MEA, 1997)

Segundo dados obtidos por Pereira (1997), o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Secretaria de Saúde de São Paulo (Cerest/SP) já atendeu 4 mil vítimas de doenças ocupacionais desde 1990. Desse total, 65% tinham algum tipo de lesão por esforço repetitivo.

Legislação - Histórico

No Brasil, na década de 80, casos de tenossinovite entre digitadores levaram os sindicatos de trabalhadores em processamento de dados a lutar pelo reconhecimento das lesões como doenças profissionais.

A primeira vitória veio com a publicação da circular origem nº 501.001.55 nº 10, Rio de Janeiro, 07.11.86. Através dela, a direção geral do INAMPS orientava as superintendências para que reconhecessem a tenossinovite como doença do trabalho nas atividades com exercícios repetitivos.

O passo seguinte ocorreu em 6 de agosto de 1987. Nesta data, o Ministério da Previdência e Assistência Social publicou a portaria nº 4.602, reconhecendo a "tenossinovite dos digitadores" como doença ocupacional. Apesar de ser considerado um avanço, essa denominação era inadequada, visto que as L.E.R. podem se apresentar de diversas formas (tenossinovite, bursite, etc.).

Uma proposta de Norma Regulamentadora foi elaborada e encaminhada ao Ministério do Trabalho, visando a adoção obrigatória de condições de trabalho adequadas para os digitadores. Essa medida resultou, embora com alterações, na NR 17, publicada pela portaria 3.751, de 23/11/90. A NR 17 fixa alguns limites para as empresas onde há postos de trabalho que exigem esforços repetitivos, ritmo acelerado e posturas inadequadas, mas ainda não contempla diversos fatores responsáveis pelas LER.

Posteriormente, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo publicou a Resolução SS-197, em 08.06.92, aprovando norma técnica que dispõe sobre o estabelecimento dos critérios de diagnóstico, dos estágios evolutivos, dos procedimentos técnico-administrativos e da prevenção da L.E.R. (passo importante, pois adota a denominação L.E.R., que é muito mais ampla e adequada do que "tenossinovite").

Em março de 1993, a Previdência Social, baseada na Resolução SS-197 e em norma técnica estadual de Minas Gerais, aprovou as normas técnicas da L.E.R. do INSS mantendo os mesmos princípios daqueles textos. Com a edição da norma, a Previdência reconhece, na prática, as L.E.R. como doença do trabalho.

Hoje, espera-se a publicação de nova legislação que, acredita-se, irá, entre outras coisas, alterar a denominação da L.E.R. para D.O.R.T. (Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho).

Trabalho de Campo

As Instituições

Com o intuito de se descobrir a visão das organizações bancárias a respeito das L.E.R., foram realizadas entrevistas em 5 bancos, que gentilmente aceitaram participar deste trabalho.

Entre os bancos participantes, 4 são de capital privado e um é de capital misto, e o porte deles difere sensivelmente. Todos eles atuam a nível nacional, apesar de que, na maioria dos casos, os principais clientes situam-se em São Paulo.

O Quadro das L.E.R. nas Empresas

Histórico

Um fato importante de se mencionar é que todas as instituições financeiras pesquisadas apresentam em seu quadro funcional portadores de L.E.R.. Porém, a data do surgimento dos primeiros relatos da doença dentro dos bancos difere sensivelmente entre as instituições (variando de 1988 a 1996). Apesar de alguns casos terem sido relatados antes de 1990, foi a partir desta década que houve um aumento considerável no número de casos, levando à necessidade de se estruturar uma política preventiva.

Cargos de Maior Incidência

Os cargos identificados como sendo os de maior incidência de lesionados são: caixas, digitadores e o teleatendimento.

Causas

Como já foi discutido anteriormente, existe diversos fatores que contribuem para o surgimento/ agravamento da doença. Um dos entrevistados citou a existência de um estímulo interno à competição entre agências, resultando em policiamento das ações por parte dos próprios colegas bancários. Cabe ainda ressaltar que, com a tendência à valorização da praticidade para o cliente, muitos bancos implantaram o teleatendimento, que por características próprias do serviço é uma setor altamente problemático.

Diagnóstico

Acredito que as estatísticas presentes nos bancos não retratem fielmente a realidade, pois diversos fatores contribuem para o mascaramento da doença: o não reconhecimento da doença por parte de alguns médicos (dada a dificuldade de diagnosticá-las); o preconceito por parte dos colegas (muitos lesionados são vistos como folgados e/ou fingidos), as conseqüências de se possuir uma CAT por L.E.R. na carteira de

trabalho (isso prejudicará a procura por um novo emprego), a dificuldade encontrada por alguns bancos de se lidar com a doença (o funcionário é demitido), entre outros. Além disso, em muitos casos as estatísticas não incluem aqueles trabalhadores que podem estar manifestando os sintomas e, portanto, são futuros candidatos ao desenvolvimento da doença.

O Papel da Organização

Apesar de algumas instituições bancárias não estarem dispostas a se envolver com este problema, cada vez mais se torna visível a importância da atuação dos bancos na prevenção e tratamento das L.E.R., visto que este setor é especialmente afetado. E para que isso seja possível é necessário que a alta diretoria esteja envolvida e engajada na luta contra esta doença.

Porém, não basta apenas informar e esperar que o funcionário faça todo o resto. O banco deve acompanhar e dar suporte às medidas preventivas, evitando assim perdas irreparáveis a seus funcionários e a si mesma.

Prevenção

Entre os bancos pesquisados, alguns já adotam uma política de prevenção, enquanto os outros estão se preparando para implantá-la. Entretanto, o público-alvo das medidas preventivas varia de banco para banco. Enquanto em alguns a política preventiva abrange todos os cargos, em outros as medidas atingem apenas os cargos afetados.

Em geral, as práticas adotadas pelos bancos são a distribuição de folhetos e livretes, a realização de palestras informativas, o ensino de alguns exercícios de relaxamento/alongamento para se fazer durante o expediente (ginástica laboral) e ergonomia.

As medidas preventivas destes bancos são centralizadas em São Paulo, o que se explica pelo fato de São Paulo ser o principal centro consumidor dos serviços prestados. As principais formas de prevenção adotadas são:

a) Conscientização

O trabalho de conscientização é, em geral, feito através da distribuição de folhetos, publicações em jornal de circulação interna e realização de palestras, que alertam os bancários quanto às situações de risco e modos de prevenção. Porém, acredito ser extremamente importante ir além disso. Acredito que deve-se trabalhar no sentido de tentar acabar com o preconceito existente a respeito das L.E.R..

Em minha opinião, os folhetos informativos são de grande valia como lembretes, e devem ser utilizados associados a palestras. Acredito ser uma questão cultural o hábito que as pessoas tendem a não ler esses informativos (ou não prestar muita atenção a eles).

b) Ginástica Laboral

A ginástica laboral é outro meio de prevenção freqüentemente divulgado. Em todos os folhetos com que tive contato, são ensinados exercícios de relaxamento/alongamento para se fazer ao longo do expediente e em casa. Em um dos bancos pesquisados adotou-se a prática de realizar o exercício em conjunto antes e após o expediente. Mas realizar esses exercícios apenas nestas ocasiões não é o suficiente para se obter o resultado desejado. Ao mesmo tempo, é extremamente difícil se realizar estes exercícios em conjunto durante o expediente, principalmente no caso de agências abertas ao público.

Porém, existe uma contradição: no geral, as pessoas se sentem pressionadas pela cobrança de produtividade, seja por parte dos colegas, seja por parte do gerente; deste modo, não se sentem à vontade para estar efetivamente realizando os exercícios e todo o trabalho com a conscientização é perdido.

c) Ergonomia

No que se refere ao mobiliário, vemos a disposição dos bancos (na medida do possível) em se proporcionar mesas, cadeiras e equipamentos ajustáveis, de modo a se melhorar a movimentação dos bancários.

Cabe ressaltar que não adianta ter o equipamento mais moderno ergonomicamente se os

funcionários não sabem como utilizá-lo. Alguns bancos relataram essa dificuldade, e a solução encontrada foi a visita nos postos de trabalho para o ajuste personalizado.

d) Realização de Pausas

Outra medida de prevenção constantemente citada é a realização de pausas constantes. Porém, essa prática não é muito bem vista (principalmente em agências com grande movimento) pelos colegas, clientes e gerentes.

Além destas medidas, existem outras que também são adotadas, mas com menos frequência:

- a) Utilização de vídeos informativos institucionais
Em dois dos bancos utilizam-se vídeos institucionais a respeito das L.E.R., que estão à disposição de todas as agências e unidades.
- b) Considerações sobre o papel da gerência
Alguns bancos vêem o gerente como multiplicador, tendo a função de repassar aos seus subordinados as informações recebidas. Considero isso extremamente importante porque, além de dar o exemplo, os gerentes se envolvem mais com a questão, dando o exemplo a seus subordinados.

O papel da gerência na prevenção das L.E.R. é extremamente significativo devido ao constante contato e à pressão que pode exercer sobre seus subordinados (já foi dito que uma forte cobrança por produtividade acarreta em grande desgaste físico e mental, fatores de risco para o surgimento da doença). Porém não se deve perder de vista que em muitos casos estes superiores imediatos também são pressionados, formando uma espécie de reação em cadeia, até chegar à alta direção da empresa, onde as políticas de pessoal são concebidas.

- c) Atendimento psicológico
Em um banco foi citada a disposição de psicólogos no sentido de se estar tentando prevenir a doença. Essa medida se dá através da formação de grupos terapêuticos, *workshops* (reuniões para discussão do assunto) e orientação individual.
- d) Aplicação de questionários

Em um dos bancos, a aplicação destes questionários teve por objetivo tomar conhecimento sobre o nível de *stress*, de cobrança e sobre a necessidade de mudanças referentes à ergonomia.

Resistência Interna à Prevenção

Alguns bancos relataram a existência de algumas dificuldades na implantação de medidas preventivas, tais como: (1) dificuldade em se cumprir as pausas de trabalho (algumas agências trabalham no limite de pessoal, o que faz com que a realização de pausas não seja bem vista pelos colegas e pelo gerente); (2) desconfiança - muitas vezes os demais não acreditam que o funcionário está realmente acometido; (3) discriminação por parte dos colegas.

Tratamento e retorno às atividades

No geral o tratamento se dá de forma convencional, mas existem alguns bancos que estão buscando uma diferenciação. Em um banco, por exemplo, também se utiliza a medicina alternativa (acupuntura, homeopatia, etc.) visando a melhorar a qualidade de vida dos funcionários. Em outro, há uma clínica especializada para o tratamento de portadores de L.E.R..

No que tange ao retorno às atividades, alguns bancos realocam os funcionários para outras funções, enquanto outros ainda não têm um procedimento estruturado neste sentido.

Boas Práticas Administrativas para se Lidar com o Problema

A seguir serão apresentadas algumas boas práticas citadas pelos entrevistados:

1. Bom relacionamento interpessoal e profissional e transparência nas relações.
2. Informar sobre a doença aos funcionários, informar sobre a importância da prática preventiva, e dar manutenção.
3. Palestras preventivas sobre a doença (informações gerais e prevenção).

4. Conscientizar as pessoas, reconhecimento da doença por parte da organização, trabalhar com o administrador de pessoas, para que ele saiba lidar com o problema, utilização de *software* específico (no sentido de incentivar as pessoas a realizarem medidas preventivas), normatizar as ações esperadas, e alterar a organização do trabalho.
5. Conscientização.

CONCLUSÃO

Atualmente as L.E.R. já ganharam grande destaque em muitos setores profissionais, principalmente no setor bancário. Por isso, cada vez mais as organizações estão se conscientizando sobre a importância de se tomar uma atitude.

O melhor meio de se lidar com a doença é evitar que ela apareça ou que se prolifere. Com esse objetivo, podemos perceber que as empresas estão cada vez mais empenhadas na elaboração de políticas preventivas, que abrangem desde a parte informativa até o tratamento, retorno à atividade e acompanhamento.

Para realizar este trabalho, diversas instituições bancárias foram contactadas, e, a partir das reações delas, pode-se perceber como muitas tratam da doença. Algumas possuem um trabalho referente às L.E.R., mas não podem divulgar estes dados devido às políticas internas (sigilo de informações). Já os bancos menores (em termos de funcionários), em geral, ignoram a doença. Muitas das respostas que obtive por parte destes foram de absoluta negação no que se refere à existência da doença em seu quadro funcional, e os responsáveis nem quiseram discutir o assunto. Porém, é importante realçar que, pela própria característica do setor bancário, todos os bancos estão correndo o risco de serem afetados por esta doença, e não se deve esperar que surjam casos para que sejam tomadas as medidas cabíveis. O primeiro passo para que se evitem as L.E.R. é reconhecer a possibilidade de que você pode ser afetado, o que fará com que sejam adotadas as providências necessárias.

Os bancos pesquisados demonstraram uma visível preocupação com a doença em seu quadro funcional. Apesar de não ser este o procedi-

mento corrente na maioria do setor, acredito que a longo prazo a situação tende a melhorar.

Pelo que pude perceber, os bancos são muito ativos no que se refere à questão informativa, o que considero a base para qualquer trabalho preventivo. Porém, isso não basta. E é por isso que as organizações estudadas estão agindo de forma mais atuante, tentando reduzir ou até eliminar os fatores de risco da doença que estiverem ao seu alcance.

A prevenção das L.E.R. engloba diversas medidas. Com relação à questão do mobiliário, os bancos pesquisados demonstraram uma grande disposição em se minimizar as situações de desconforto dos funcionários (haja vista que todos os bancos estão preocupados em dispor de móveis e equipamentos reajustáveis).

Outra medida de prevenção constantemente citada é a realização de pausas constantes. Porém, essa prática não é muito bem vista (principalmente em agências com grande movimento) pelos colegas, clientes e gerentes. Em minha opinião, um fator que prejudica a realização de pausas regulares (no caso de agências) é a pressão por parte dos clientes, que leva a uma exigência de aceleração por parte dos colegas e do próprio bancário.

Acredito ainda que uma outra medida preventiva poderia ser adotada. Visto que a postura incorreta é um dos fatores de risco, algo poderia ser feito no sentido de tentar eliminar estes vícios nos funcionários.

Mas não basta que sejam dadas as condições adequadas para prevenção. É extremamente que o funcionário também faça sua parte. Cabe aos bancários se envolverem e colaborarem na prevenção e na não discriminação da doença. Ajustar o posto de trabalho, evitar vícios de postura, respeitar seus limites e realmente fazer os exercícios indicados são algumas das atitudes que, se não eliminam a possibilidade de ser acometido pela doença, certamente são favoráveis ao não surgimento/ não agravamento do quadro da L.E.R..

Alguns bancos possuem uma política mais dirigida aos cargos considerados críticos. Esse é um bom começo, mas, ao meu ver, as políticas preventivas devem se estender a todos os funcionários, havendo um maior enfoque nas gerências. Além de poder utilizá-los como multiplica-

dores, isso ainda auxiliaria na conscientização dos gerentes, um dos grandes focos de cobrança para os funcionários.

Acredito que deve ter ocorrido uma certa resistência na introdução do programa preventivo nos bancos. As mudanças necessárias são significativas (pausas, realização de exercícios durante o expediente, etc.), e acredito que um dos principais focos de resistência deve ter sido a gerência (devido à existência de paradigmas e até pela cobrança por resultado por parte da alta diretoria). Outro fator que pode ter dificultado a adoção de medidas adequadas é a redução do quadro de pessoal, que resultou em sobrecarga aos funcionários remanescentes.

É clara a perda econômica gerada pela doença, visto que a população afetada é economicamente ativa. Porém, não devemos deixar de lado a perda irreparável da sociedade. O dever social que cada empresa tem para com a sua população nunca deve ser esquecido.

Por essas razões o retorno ao trabalho após o tratamento da doença é muito importante, tanto para o funcionário quanto para o banco. O simples desligamento da empresa acarreta em perdas de ambos os lados. O funcionário, além de ser discriminado por colegas e parentes, perde o seu referencial (difícilmente poderá retomar sua vida profissional). E o banco pode vir a ser processado (desgastando sua imagem), além de ter gastos com dispensa do mesmo e contratação e treinamento de outro funcionário. Cabe ainda ressaltar que o desligamento do funcionário acometido pela doença significaria ignorar sua responsabilidade social e desconsiderar que isso foi algo gerado pelo próprio banco.

Assim, acredito que boas práticas administrativas seriam: informar, demonstrar que o banco efetivamente reconhece a doença, deixar claro os procedimentos a serem adotados (isso deve ser de conhecimento de todos, tanto da gerência como do funcionário), realocar os funcionários após o tratamento (acredito ser importante um acompanhamento psicológico, visando a adaptação ao atual estado físico), dar manutenção às políticas existentes, tentar criar um bom ambiente de trabalho e, por fim, tentar alterar a organização do trabalho.

Apesar do quadro dramático em que a doença se encontra hoje, sou otimista com relação ao

futuro. Creio que num futuro próximo haverá a queda no número de casos de L.E.R. devido a: (1) maior preocupação com a doença por parte das empresas; e (2) tendência a reduzir o serviço dos caixas (uma das funções de maior incidência) com o auto-atendimento. Porém, o teleatendimento ainda é um setor crítico (utilização do serviço de digitadores), e existe muito trabalho a ser feito por estes trabalhadores, visto que este é um serviço em fase de expansão.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, M.C.C.G.** - *Características emocionais determinantes da L.E.R.*. In : Codo W e Almeida MCCG (Organizadores). *L.E.R.: Diagnóstico, Tratamento e Prevenção: Uma Abordagem Interdisciplinar*. Petrópolis, RJ, Editora Vozes, 1995.
- ALVES, G.B.O.** - *Contribuições da Ergonomia ao Estudo da LER em Trabalhadores de um Restaurante Universitário* - Dissertação submetida à Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- ALVES, G.B.O.; ARAÚJO, J.N.G.; LIMA, F.P.A.; SOUZA, R.J.** - *A produção As L.E.R. num restaurante Universitário. Análise Ergonômica e Psicossocial*. In: Lima MEA; Araújo JNG e Lima FPA (Organizadores). *L.E.R.: Dimensões Ergonômicas e Psicossociais*. Belo Horizonte, MG, Editora Health, 1997.
- AZZE, R.J.; MATTAR JR, R.** - *Moléstias Ocupacionais, lesões por esforços repetitivos: um desafio para a cirurgia de mão*. In: Codo W e Almeida MCCG (Organizadores). *L.E.R.: Diagnóstico, Tratamento e Prevenção: Uma Abordagem Interdisciplinar*. Petrópolis, RJ, Editora Vozes, 1995.
- BARREIRA, T.H.C.** - *Abordagem ergonômica na prevenção da L.E.R.* -In: Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, volume22, nº 84, 1994
- CODO, W.; ALMEIDA, M. C. C. G.** (organizadores) - *L.E.R.: Diagnóstico, Tratamento e Prevenção*, Petrópolis, RJ: Vozes, 1995
- COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE, TRABALHO E MEIO AMBIENTE** -

- COORDENAÇÃO NACIONAL L.E.R. DA CUT - L.E.R.: *Você pode virar esta página*. São Paulo, 1996.
- COMISSÃO PARITÁRIA DE SAÚDE DO TRABALHO** (composta por representantes da Executiva Nacional dos Bancários e da FENABAN - Federação Nacional dos Bancos) - L.E.R., *Programa de prevenção e acompanhamento*, s/d
- CUNHA, C.E.G.; GUIMARÃES, V.Y.M.; HATEM, T.P.; QUEIROZ, P.S.** - L.E.R. *Lesões por Esforços Repetitivos - Revisão*. In: Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol.20-número 76, 1992
- LIMA, A.B.; OLIVEIRA, F.** - *Abordagem Psicossocial da L.E.R.: Ideologia da Culpa-bilização e Grupos de Qualidade de Vida*. In: Codo W e Almeida MCGG (Organizadores). L.E.R.: Diagnóstico, Tratamento e Prevenção: Uma Abordagem Interdisciplinar. Petrópolis, RJ, Editora Vozes, 1995.
- LIMA, F.P.A.; LIMA, M.E.A.** - *Introdução Geral*. In: Lima MEA; Araújo JNG e Lima FPA (Organizadores). L.E.R.: Dimensões Ergonômicas e Psicossociais. Belo Horizonte, MG, Editora Health, 1997.
- MACIEL, R.H.** - *Ergonomia e lesões por esforços repetitivos*. In: Codo W e Almeida MCGG (Organizadores). L.E.R.: Diagnóstico, Tratamento e Prevenção: Uma Abordagem Interdisciplinar. Petrópolis, RJ, Editora Vozes, 1995.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (MPS)** - L.E.R. *Lesões por Esforços Repetitivos: Normas Técnicas para Avaliação da Incapacidade*. Brasília, 1993.
- MONTEIRO, A.L.** - *Os aspectos legais das tenossinovites*. In: Codo W e Almeida MCGG (Organizadores). L.E.R.: Diagnóstico, Tratamento e Prevenção: Uma Abordagem Interdisciplinar. Petrópolis, RJ, Editora Vozes, 1995.
- PEREIRA, J.** - *Respeito à ergonomia ajuda a evitar lesões*. In: O Estado de São Paulo, 26 de maio de 1997
- PEREIRA, R.R.; RODRIGUES, L.I.; SARTORI, A.** - *Tempos Modernos*. In: Revista Atenção, ano2, número5, 1996
- PUBLICAÇÃO Do SIPAT BANESPA** - *Prevenindo Lesões por Esforços Repetitivos*. 1997
- RIBEIRO, H.P.** - *Estado atual das Lesões por Esforços Repetitivos no Banco do Estado de São Paulo S.A. - BANESPA*. In: Caderno de Saúde/AFUBESP, vol.1,número1, 1995
- RODRIGUES, A.L.** - *Integração homem-trabalho. O trabalho em processos repetitivos (L.E.R.), uma epidemia?* In: Revista Brasileira de Medicina Psicossomática, vol.1, número 3 (p157-160), 1997.
- SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO** - *Norma técnica sobre L.E.R. (Resolução SS-197)*, 1992.
- SINDICATO DOS BANCÁRIOS DE SP, OSASCO E REGIÃO - CUT - L.E.R.**, *não seja o próximo alvo*. 1998
- SINDICATO DOS BANCÁRIOS E FINANCIÁRIOS DE SÃO PAULO, OSASCO E REGIÃO - CUT - LER no BB**, *não dá para esconder*. São Paulo, 1995.
- YENG, L.T.** - *Reabilitação em Lesões por Esforços Repetitivos*. In: Codo W e Almeida MCGG (Organizadores). L.E.R.: Diagnóstico, Tratamento e Prevenção: Uma Abordagem Interdisciplinar. Petrópolis, RJ, Editora Vozes, 1995.

Pesquisas via Internet

- 1) **DRUDI, D.** - *Have Disorders Associated with Repeated Trauma Stopped Increasing?* Disponível no site do Bureau of Labor Statistics / U.S. Department of Labor, 1997.
- 2) National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), *Carpal Tunnel Syndrome*. Atualizado em 12 de agosto de 1997.
- 3) *The origins of the concept of RSI* (busca em webcrawler por Repetitive Strain Injury Japan), s/d
- 4) University of Nebraska-Lincoln, *Computer Related Repetitive Strain Injury*., 1996. (OBS: Esta é uma publicação não oficial da Universidade de Nebraska-Lincoln)
- 5) *Repetitive Strain Injury - A Mysterious Modern Malady* (busca em Galaxy por Repetitive Strain Injury), s/d