

Arena Siqueira, Anna Carolina; Couto, Márcia Thereza
As LER/DORT no contexto do encontro simbólico entre pacientes e médicos peritos do
INSS/SP
Saúde e Sociedade, vol. 22, núm. 3, julio-septiembre, 2013, pp. 714-726
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263660006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

As LER/DORT no contexto do encontro simbólico entre pacientes e médicos peritos do INSS/SP

RSI/WMSD in the context of the symbolic meeting between patients and medical experts at the INSS/SP

Anna Carolina Arena Siqueira

Fisioterapeuta. Mestre em Medicina Preventiva.

Endereço: Rua Cardoso de Almeida, 840, ap. 311, Perdizes, CEP 05013-001, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: anna.carolina@live.com

Márcia Thereza Couto

Cientista Social. Mestre em Antropologia. Doutora em Sociologia. Professora do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, Cerqueira César, CEP 01246-903, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: marthet@usp.br

Resumo

Este artigo discute aspectos da relação médico-paciente no contexto do encontro simbólico entre portadores de LER/DORT e médicos peritos do Instituto Nacional de Seguro Social de São Paulo (INSS/SP). A pesquisa empírica que serviu de base à discussão foi de abordagem qualitativa e utilizou como instrumento para obtenção dos dados a entrevista em profundidade, com roteiros distintos para médicos peritos e pacientes. Foram realizadas 9 entrevistas, 6 com pacientes e 3 com médicos peritos. Análise de conteúdo foi aplicada ao material empírico segundo a referência conceitual das representações sociais. As narrativas dos portadores as LER/DORT, as narrativas dos médicos sobre o trabalho pericial e as narrativas de ambos acerca das consultas periciais possibilitaram explorar o encontro simbólico, não necessariamente factual, da consulta pericial. A relação médico-paciente que se estabelece nesse encontro simbólico é extremamente peculiar, pois está direcionada à avaliação do processo saúde-doença do paciente, com base em premissas do direito previdenciário, fator que descaracteriza a relação médico-paciente assentada no imaginário social como espaço de cuidado e confiança. Como consequência, portadores de LER/DORT e peritos, no momento do encontro, estão em diferentes escalas de poder: aqueles são avaliados e estes avaliam a validade da queixa segundo os padrões do INSS/SP. Por isso, apresentam narrativas sobre as consultas permeadas pela tensão relativa às expectativas e necessidades quanto aos resultados.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Relações Médico-Paciente; LER/DORT; Transtornos Traumáticos Cumulativos.

Abstract

This paper discusses aspects of the physician-patient relationship in the context of the symbolic meeting between patients with RSI/WMSD and medical experts at the Brazilian National Institute for Social Security of São Paulo (INSS/SP). The empirical research which grounded the discussion had a qualitative approach and it used as instrument for obtaining data the in-depth interview, with different scripts for medical experts and patients. We conducted 9 interviews, 6 with patients and 3 with medical experts. Content analysis was applied to the empirical material according to the conceptual framework of social representations. The narratives of patients about RSI/WMSD, the narratives of medical experts about medical evaluation, and the narratives of both about INSS/SP medical consultations allowed exploring the symbolic meeting that occurred between them. The physician-patient relationship established in this symbolic meeting is extremely peculiar, since it is aimed at assessing the health-disease process of the patient, based on the premises of social insurance law, factor that mischaracterize this kind of relationship, established on the social imaginary as a space for care and trust. As a consequence, patients with RSI/WMSD and medical experts, at the meeting time, are in different power scales: the former are assessed and the latter assess the validity of complaint according to the standards of the INSS/SP. Hence, they present narratives about the consultations permeated by the tension related to the expectations and needs with regard to the results.

Keywords: Qualitative Research; Physician-Patient Relationships; RSI/WMSD; Cumulative Trauma Disorders.

Introdução

As LER/DORT: breve histórico e reconhecimento pela Previdência Social brasileira

O “surgimento” e identificação das Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ocorreu inicialmente no Japão entre perfuradores de cartão (década de 1950) e Austrália (década de 1970) em postos de trabalhos marcados por sobrecarga estática (Maeno, 2001). No Brasil, na década de 1980, foi observada a elevada incidência de tendinites entre bancários e funcionários da Receita Federal cuja tarefa principal era digitação. O fato exigiu uma investigação médica apurada e constatou-se que fatores da organização do trabalho como volume excessivo de tarefas e sistemas de incentivo e metas geravam sobrecarga física e mental. Iniciou-se, então, a mobilização de trabalhadores da área de processamento de dados para o reconhecimento desse tipo de adoecimento, que foi aceito pelo Ministério da Previdência Social que o denominou “tenossinovite do digitador” (Couto, 2000; Maeno, 2001). Entretanto, apenas no final da década de 1990 é que a classificação das LER como *doença relacionada ao trabalho* ocorreu, quando o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) investiu na mudança de nome de LER para DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho). Como apontam Verthein e Minayo-Gomez (2000a e 2000b), tal mudança foi fruto de um processo de discussão entre vários setores da sociedade (profissionais da saúde, sindicatos e pesquisadores-academia) acerca desse processo de adoecimento a partir do aporte da psicologia social, da epidemiologia e da ergonomia.

As LER/DORT representam um grupo de afecções músculo-esqueléticas relacionadas ao trabalho de origem multicausal, complexa e de caráter insidioso no que diz respeito ao aparecimento e evolução. Sua instalação combina fatores biomecânicos da atividade como tensão/fricção sobre os tendões, posturas inadequadas no posto de trabalho, exposição a temperaturas extremas e outros psicosociais, da organização e dinâmica do trabalho como monotonia da tarefa, expropriação do controle sobre a atividade, percepção individual sobre a carreira e relacionamento com a equipe de trabalho. Consiste em síndrome clínica caracterizada pela presença de

dor, principalmente em pescoço, cintura escapular e membros superiores, acompanhada ou não por lesões objetivas em tendões, músculos e nervos periféricos (Dias, 2001; Neves, 2006; Ruiz e col., 2003; Settimi e Silvestre, 1998).

Esse conjunto de fatores torna seu diagnóstico anatômico de difícil execução e o nexo com o trabalho questionável já que a instalação da patologia consiste em um processo social, carente de prova absoluta (Dias, 2001; Ruiz e col., 2003). Dada a complexidade do diagnóstico das LER/DORT, foi redigido pelo Ministério da Saúde um manual norteador de condutas que é claro ao informar que o diagnóstico anatômico preciso das LER/DORT é de difícil execução, particularmente em casos subagudos e crônicos, e o nexo com o trabalho é questionável, mesmo que haja evidência epidemiológica e anatômica (Brasil, 2005)¹.

Diante de tal quadro, segundo Dias (2001, p. 427-428), “a sociedade espera que o médico interprete, verifique ou rejeite a legitimidade dos argumentos e fatos. Sendo assim, o clínico precisa agir face à incerteza, avaliando a causa e incapacidade com base na organização legal e burocrática, o que não é, absolutamente, uma tarefa fácil”.

As LER/DORT e o campo das representações sociais

Diante da constatação de que é estreita e complexa a relação entre a doença e o universo do trabalho e das atividades da vida diária, alguns pesquisadores vêm se dedicando ao estudo das representações sociais dos portadores de LER/DORT. Nessas pesquisas sobressai a referência à doença (patologia) como substrato para a constituição de um fenômeno social (adoecimento) que atinge todas as esferas da vida, já que o reconhecimento e a experiência do adoecimento são construídos intersubjetivamente nos espaços coletivos (ambiente de trabalho, comunitário, profissionais de saúde, família), possuindo papel norteador nos encaminhamentos dados à doença no que diz respeito à adesão ao tratamento, ações reivindicatórias, etc.

Assim, entre outros aspectos, os trabalhos descreveram o impacto das limitações físicas impostas

pela doença nos âmbitos profissional e sociofamiliar dos indivíduos acometidos, capazes de gerar uma crise de identidade. Para as mulheres, por exemplo, destacaram a impossibilidade de cuidado dos filhos e de execução das tarefas em casa pelas quais comumente são responsáveis, não só como condição imposta, mas, igualmente, na qualidade em se reconhecer a necessidade do desempenho dessas atividades no contexto da família. Para o homem, apontaram a questão da “inutilidade” e desvalorização social relacionadas à perda do vigor físico para a execução de tarefas na casa, no trabalho e na comunidade, além do impacto no papel de provimento financeiro do domicílio quando afastado ou desempregado em decorrência da doença (Almeida e Codo, 1995; Batista e col., 1998; Neves, 2006; Verthein e Minayo-Gomez, 2000b).

O acometimento pelas LER/DORT transforma a realidade cotidiana dos sujeitos e impacta a identidade dos acometidos, promovendo (re)significações em suas concepções e posições acerca do processo saúde-adoecimento (Merlo e col., 2003). Tal processo de acomodação e (re)significação repercute em seu repertório de representações sociais.

“[...] com as transformações impostas pela doença, aquilo que o indivíduo reconhecia como sendo sua identidade não se sustenta mais, porque não mais é reposta pelo meio social. A perda abrupta dos referenciais que mantinham sua identidade anterior faz com que seja necessário que esse indivíduo busque ativamente novos referenciais que possibilitem que ele se reconheça” (Almeida e Codo, 1995, p. 152).

Diante desses achados das pesquisas de abordagem qualitativa acerca das LER/DORT, vê-se o quanto fecundo tem sido o referencial das representações sociais. Tomando-se a perspectiva de Moscovici (1978), as representações sociais são uma forma de conhecimento prático, socialmente construído para dar sentido à realidade da vida cotidiana. Dentre outras coisas, a representação social tem a função de tornar o estranho familiar, constituindo um processo em que o indivíduo amplia a categorização do objeto que, anteriormente, lhe era inédito,

¹ Na circunstância do estabelecimento do nexo causal (relação entre a atividade laborativa e a doença apresentada pelo trabalhador), este deve ser afastado de seu posto com o objetivo de receber tratamento clínico de sua condição para posterior retorno à atividade ou adaptação em outra (Ministério da Saúde, 2005).

acomodando-o em seu repertório (Gomes e col., 2002). Elas orientam as condutas no espaço coletivo e permitem a apreensão da lógica objetiva da organização das condutas, opiniões e aspirações, permitindo entender “porque alguns problemas sobressaem numa sociedade” (Herzlich, 1991, p. 28).

Outro ponto de relevância que emerge dos estudos de abordagem qualitativa acerca do problema é a questão da invisibilidade social atribuída às LER/DORT, fato que, em parte, decorre da característica de que o sintoma principal das LER/DORT é a dor, indetectável nos exames subsidiários, e de difícil comprovação nos exames físicos do médico assistente (Almeida e Codo, 1995; Batista e col., 1998; Gravina, 2000; Neves, 2006). A sensação dolorosa é de caráter individual e subjetivo, mas encontra expressão e significação no espaço coletivo, validador de suas manifestações que precisam fazer sentido para o “outro” que também está inserido no contexto, senão será descreditada (Sarti, 2001). A ausência de provas sobre o adoecimento acaba por invisibilizar o problema e estigmatizar os portadores, concebidos como trabalhadore(a)s sadio(a)s que, contudo, não correspondem à demanda socialmente instituída sobre o desempenho do trabalho no âmbito do público e também do privado.

A complexidade da validação do sintoma dor e o fato de os exames complementares nem sempre acusarem sinal de lesão, fazem com que os pacientes sintam-se angustiados e acreditem estar sofrendo de alguma doença estritamente psíquica (Settimi e Silvestre, 1998).

Considerando-se que a consulta médica representa demonstração pragmática da relação médico-paciente que exige um envolvimento, sempre entre duas pessoas, marcado pela privacidade, intimidade e confiança, a ponto de os limites de sua existência enquanto trabalho remunerado serem esquecidos (Caprara e Lins, 1999), torna-se imperativo que pesquisas explorem as LER/DORT no contexto desta relação. Entretanto, tal abordagem não foi encontrada na literatura pertinente ao tema das LER/DORT e nem mesmo na literatura acerca da relação médico-paciente. Neste sentido, utilizando-se o referencial das representações sociais, o objetivo deste trabalho é discutir o “encontro simbólico” da relação entre portadores da doença e médicos peritos do INSS

em termos das tensões que se conformam a partir de expectativas e reconhecimentos díspares entre estas duas categorias de sujeitos.

Por se tratar de encontro intersubjetivo, a consulta médica é ambiente propício à manifestação de sentimentos, mesmo quando em contexto de distanciamento do profissional em relação ao paciente (Fernandes, 1993). Neste estudo, porém, as percepções que envolvem sentimentos, opiniões e posturas de ambos (pacientes e médicos peritos) não foram acessadas por meio da observação das consultas periciais, mas pelas narrativas de médicos peritos e de portadores de LER/DORT que vivenciaram situações concretas de consulta pericial para definição de seu diagnóstico. Assim, a representatividade do “encontro simbólico” esteve garantida pela experiência prévia para ambas as categorias de sujeitos que, ao serem convidados a (re)lembrar as situações vividas, (re)significaram e se (re)posicionaram diante destas. Para a análise deste “encontro simbólico”, foi utilizado o referencial das representações sociais. Para os portadores de LER/DORT, bem como para os médicos peritos, que constroem as representações de si e do “outro” a partir do contexto da perícia médica, aqui entendido como contexto singular, o aporte teórico trazido pela incorporação da lógica do conhecimento prático dos sujeitos pela vertente das representações sociais é de grande importância no campo da saúde do trabalhador (Sato, 1996).

Metodologia

Este trabalho representa recorte de estudo mais amplo acerca dos significados atribuídos às LER/DORT por portadores e médicos peritos do INSS/SP (Siqueira, 2007). O recorte aqui empreendido objetivou a análise das representações das duas categorias de sujeitos (pacientes portadores de LER/DORT e médicos peritos previdenciários) acerca do adoecimento por essas enfermidades e do contexto da consulta pericial, momento denominado de “encontro simbólico” entre esses sujeitos.

A pesquisa mais ampla pautou-se pela abordagem da metodologia de cunho qualitativo segundo os referenciais das representações sociais. Entendendo-se que na pesquisa qualitativa o objeto de estudo é o ser humano, construtor de um universo

simbólico norteador de sua conduta social (Becker, 2007), a opção pelo uso desse tipo de metodologia se justificou já que no estudo procurou-se apreender o significado do vivido pelos sujeitos de pesquisa, (médicos peritos do INSS/SP e trabalhadores portadores de LER/DORT), com o objetivo de, ao aproximar-se da realidade do “outro”, mergulhar no universo simbólico do *querer-dizer* as coisas para esses sujeitos.

Na produção dos dados empíricos, foi utilizada a técnica de entrevista em profundidade. O uso dessa técnica mostrou-se adequado por permitir o resgate da dimensão da subjetividade já que a fala dos entrevistados é reveladora de sistemas de valores, crenças, normas, sendo significantes mesmo sem a intenção de significar (Bourdieu e col., 1999). Nesse sentido, a fala de um pode ser representativa e informar maneiras de compreender, significar, perceber e agir de grupos sociais em determinados contextos históricos, sociais e culturais.

Quanto aos sujeitos de pesquisa se faz necessário explicar que carregam *status* de “indivíduos especiais”. Os trabalhadores portadores de LER/DORT eram pacientes do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo (CEREST/SP), serviço de referência em saúde do trabalhador e, por isso, contavam com instrumentalização diferenciada em relação à doença quando comparados com outros, que não possuem essa experiência. Os médicos peritos exerciam cargos de auditoria no INSS/SP, colocação resultante do reconhecimento pelo trabalho desenvolvido na instituição por mais de década, inicialmente na execução de perícias médicas e em outras funções administrativas.

Foram realizadas 6 entrevistas com portadores de LER/DORT, sendo 5 mulheres e 1 homem, e com 3 médicos peritos auditores do INSS/SP. As entrevistas foram conduzidas a partir de roteiros distintos para os dois grupos. O roteiro direcionado aos portadores foi estruturado de forma a contar a trajetória do adoecimento pelas LER/DORT, seu impacto no cotidiano do trabalho e social para um melhor entendimento da postura do entrevistado diante das experiências das consultas periciais. Quanto aos peritos, o roteiro foi elaborado partindo da perspectiva de apreender suas concepções acerca das LER/DORT, de seu trabalho enquanto perito do INSS para, então, abordar o encontro com os

pacientes nas perícias médicas.

Quanto à participação no estudo, foram convidados pacientes do ambulatório de portadores de LER/DORT do CEREST/SP, integrantes do Programa de Tratamento e Reabilitação (PTR) e de acordo com os seguintes critérios: faixa etária entre 31-55 anos e ser trabalhador do setor de serviços, referente ao perfil de adoecimento pelas LER/DORT (Gutierrez, 2004; Neves, 2006), passagem em perícia médica do INSS/SP por pelo menos uma vez entre os anos de 2004-2005 (período histórico de transformações na estrutura médico-previdenciária do INSS e momento de realização da pesquisa).

Os portadores de LER/DORT foram convidados a participar via contato direto durante as seções do PTR. Aceitaram o convite e integraram a pesquisa cinco mulheres e um homem, não ocorrendo desistências durante o período de entrevistas que foram realizadas no CEREST/SP, cuja direção disponibilizou espaço físico privativo e representava local conhecido e de fácil acesso para os entrevistados.

O contato com o INSS foi realizado via coordenação do CEREST/SP. A Superintendência Regional do INSS/SP indicou três médicos peritos do sexo masculino que aceitaram participar do estudo. Para os médicos, um único critério de participação foi adotado: exercício profissional no setor de perícia médica por, no mínimo, dois anos, tempo suficiente para familiarização com rotinas do serviço e contato com os segurados.

A pesquisa foi conduzida segundo os parâmetros da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP e Hospital das Clínicas (n. 1.043/05). Aos participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A realização das entrevistas esteve condicionada à anuência e assinatura do TCLE pelos participantes. Os relatos, com duração média de 1h45min, foram gravados em áudio e posteriormente transcritos. Com o objetivo de garantir o anonimato dos entrevistados (médicos peritos e portadores de LER/DORT), os nomes foram alterados.

O processo de análise do material empírico produzido a partir das entrevistas considerou os procedimentos: leitura exaustiva de cada entrevista, estabelecimento de categorias temáticas, organização e

análise do material segundo as categorias temáticas e cotejamento dos conteúdos das categorias com a literatura existente sobre a temática geral e com o referencial de análise (Gomes e col., 2005). O recurso ao referencial de análise das representações sociais

se justificou pelo dinamismo entre valores e práticas dos pacientes inseridos no contexto do adoecimento por LER/DORT e da experiência da avaliação pericial no INSS, bem como para os médicos peritos, auditores do INSS, pela experiência de trabalho pericial.

Resultados e Discussão

Caracterização dos sujeitos

Quadro 1 - Caracterização dos Portadores de LER/DORT²

Entrevistado	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação	Benefício INSS
Jairo	Mas.	38 anos	Ensino médio incompleto	Impressor tipográfico	B91, auxílio-acidente
Maria Fernanda	Fem.	48 anos	Ensino médio incompleto	Auxiliar administrativa	Situação de benefício incerta
Maria Lúcia	Fem.	38 anos	Ensino médio incompleto	Operadora de caixa de supermercado	B31, auxílio-doença
Marília	Fem.	35 anos	Ensino médio incompleto	Auxiliar de limpeza	B31, auxílio-doença
Nice	Fem.	54 anos	Superior completo	Bancária	B 91, auxílio-acidente
Priscila	Fem.	35 anos	Superior completo	Auxiliar administrativa	B31, auxílio-doença

Quadro 2 - Caracterização dos Médicos Peritos do INSS/SP

Entrevistado	Sexo	Especialização	Tempo de Perícia
João	Mas.	Cardiologia	24 anos
Marcos	Mas.	Endocrinologia	20 anos
Sandro	Mas.	Clínica Médica/Cirurgia	30 anos

O reconhecimento da doença pelos portadores e o (des)encontro no contexto da perícia

Para os portadores de LER/DORT, o agravamento da sintomatologia (dor, parestesia, perda de força) foi determinante na procura por tratamento, geralmente incentivado por colegas de trabalho. Soma-se a isso, sobressai o desconhecimento acerca do impacto da patologia sobre sua vida e seu trabalho.

Quando foi em 2003 eu comecei a sentir meu braço, o braço esquerdo... depois de 1 ano que eu fui procurar o médico. Eu não queria passar no serviço... aquelas coisas, a gente prefere o trabalho do que cuidar da saúde né, aí, depois de 1 ano e meio, depois de uma

colega minha me encher tanto o saco, ela falou, vai no hospital, seu ombro tá muito inchado, isso não é normal. Aí eu falei, é, eu vou. Essas dores não é normal (Marília, 35 anos).

Os acometidos por LER/DORT também classificaram seu trabalho como repetitivo e “cansativo” para o corpo, fator que associaram à necessidade de afastamento. Além disso, consideraram que o trabalho exigia concentração mental constante e que estavam sob pressão nos postos de trabalho, exercida por colegas, pela chefia imediata ou patrão. Assim, corroboram-se os achados da literatura que apontam que o contexto das LER/DORT se assenta em uma organização da

² Os nomes dos participantes, pacientes e médicos, foram trocados para garantir a confidencialidade na utilização de seus dados.

atividade laboral baseada na pressão por produtividade, sob baixa remuneração e precárias condições de trabalho sobre o qual os trabalhadores possuíam pouco controle dos modos de produção (Sato, 1996; Batista e col., 1998; Neves, 2006).

É isso que acontece com a gente no Hospital, quando chega o fechamento das notas de débito, [...] puxa, eu tenho 3 procedimentos pra fazer de um paciente só, e cada procedimento que você tem que fazer tem que mudar de tela, você tem que sair daquela tela, digitar a senha novamente, entrar em outra tela. Então, você não pode passar pro colega da noite, ele não aceita que você passe 1 nota de débito, não, não aceita. Isso já foi falado mas a nossa chefia não toma providência, nós já reclamamos, já falei, já cansei de tanto falar (Maria Fernanda, 48 anos).

[...] só que quando eu entrei lá não tinha banco de horas e era 15 dias direto, final de ano, abrindo e fechando e, a gente pega o pacote de arroz, a gente pega 6, pacote de 6 litros de refrigerante, caixa de leite, e eu, eu sou uma pessoa que sou muito, como é que se diz, trabalho muito rápido. [...] Então eu trabalhava muito rápido e lá a gente, tem aquela fila, os clientes ficam tudo, vai logo, não pode nem conversar, acha que a gente tá enrolando (Maria Lúcia, 38 anos).

Ressalte-se, ainda, que todos os portadores de LER/DORT relataram de modo detalhado os obstáculos para a definição de diagnóstico e para o acesso ao tratamento, relacionados ao despreparo dos profissionais do sistema de saúde (público e privado) para uma correta anamnese do quadro clínico, fator que postergou o início do tratamento e o pedido de afastamento do trabalho. Segundo eles, o correto encaminhamento foi encontrado junto a serviços públicos que contam com profissionais especializados em saúde do trabalhador.

[...] passei no Hospital do P., no Hospital do P., me pediu a CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho) pra firma, só que era uma coisa muito desorganizada, pediu a CAT, a CAT a firma não deu. Aí como a firma não me deu eles (hospital) falaram assim: Olha você não tem, isso aqui é acidente de trabalho, tem doença profissional, o gerente (firma) me falou, se tem doença profissional, a gente vai lhe afastar. Aí, nisso, eu, teve um dia que de tanto rodar, de hos-

pital, eu imaginava que alguém fosse me afastar... eu saía chorando, que a coisa mais difícil que tem é um médico reconhecer que a gente tá doente, principalmente no pronto-socorro (Maria Lúcia, 38 anos).

[...] Eu procurei o médico do sindicato e, é anunciei que estava com o problema das fortes dores no braço, [...] então que ele me encaminhou fazer uns exames, me encaminhou pra outro posto de saúde, do SUS também, aqui no centro. Aí eu fiz os exames, era raios X e fui no posto, só que eu não consegui atendimento porque tinha que chegar, eu morava em Ribeirão Pires tinha que chegar 4 horas da manhã no posto pra pegar uma fila de quase 2 quilômetros [...]. Ai voltei ao médico com 3 dias de serviço, ai ela (a médica do Centro de Referência) chegou e falou eu não posso lhe afastar. Você só tem 3 dias no serviço. Aí quando eu caí na real que tinha um afastamento (Jairo, 38 anos).

Conforme já descrito na literatura (Barbosa e col., 2007; Merlo e col., 2003; Verthein e Minayo-Gomez, 2000a), a partir do fato de reconhecer o adoecimento, os portadores de LER/DORT revelam o impacto negativo da doença em suas vidas, principalmente relacionado à perda da autonomia para o trabalho e para as atividades cotidianas, a dependência contínua de medicação e a “invisibilidade” imposta pela ausência de sinais visíveis do adoecimento.

A LER te envelhece, a LER envelhece, envelhece sua mente. Às vezes seu corpo não está bem, assim, você olha tá normal, mas por dentro seu corpo está velho porque tem nervos inflamados (Maria Lúcia, 38 anos).

Mas eu não posso pegar um peso. Se eu pego um peso eu fico com dor 2, 3, 4, dias, a semana inteira, eu tenho que tomar anti-inflamatório. Quer dizer, toda hora eu tenho que tomar anti-inflamatório, quando muda o tempo eu sinto, já me dói o ombro, já me dói o pulso (Priscila, 35 anos).

Quando eu ouço falar em gráfica, [...] aí o coração dispara. É como se eu tivesse vivendo daquele, estivesse fazendo aquela coisa, o serviço era muito puxado mas eu nunca achava assim, que ele fosse me prejudicar [...]. Só que foi como um doce, bem saboroso, que alguém lhe dá e depois toma [...] (Jairo, 38 anos).

[...] eu moro com a família do meu marido, no mesmo quintal, a minha cunhada falou que eu não tenho nada, que é fingimento [...] que eu não tenho nada (Maria Lúcia, 38 anos).

Passando ao contexto da vivência dos portadores na estrutura organizacional do INSS/SP, destaca-se que o fato de reconhecer o adoecimento e a aproximação à lógica biomédica em termos de diagnóstico, tratamento e prognóstico se constituíram em fatores importantes para a movimentação no espaço institucional e para o posicionamento dos sujeitos no contexto da perícia médica. O entrevistado Jairo explicou que o afastamento por LER/DORT foi diferente de outro, por fratura.

Bom, a diferença é que quando a gente está com problema de fratura, a gente já fica louco pra voltar a trabalhar, quem está afastado não quer ficar afastado [...]. A LER/DORT, eu acho que a diferença é a seguinte, é que quando você vai se afastar você já não consegue mais, você já nem respira mais (Jairo, 38 anos).

Assim como apontado por outros estudos acerca das LER/DORT, os acometidos apresentaram dificuldades em gozar do direito ao afastamento e também para que fosse concedido o correto benefício à situação de adoecimento (Almeida e Codo, 1995; Verthein e Minayo-Gomes, 2000a). Relataram, igualmente, que o contato com a burocracia do INSS/SP e seus funcionários foi marcada por dificuldade e desentendimentos em relação à marcação de consultas, esclarecimento de dúvidas e, principalmente, classificação do benefício, fator de relevância sob os aspectos do direito trabalhista e previdenciário.

No caso das LER/DORT, são geralmente concedidos Auxílio-doença (B31) ou Auxílio-acidente (B91). O Auxílio-doença (B31) é o benefício concedido ao segurado impedido de trabalhar por doença ou acidente por mais de 15 dias consecutivos. Não tem direito ao auxílio-doença quem, ao se filiar à Previdência Social, já tiver doença ou lesão que geraria o benefício, a não ser quando a incapacidade resulta

do agravamento da enfermidade. Auxílio doença-acidentário (B91) é o benefício concedido ao segurado incapacitado para o trabalho em decorrência de acidente de trabalho ou de doença profissional (Brasil, 2010)³.

[...] eles tinham que me dar a CAT, não era o auxílio-doença. Porque o advogado já tinha me orientado. Não é auxílio-doença, é auxílio-doença por acidente de trabalho. Que é o B91, que a Previdência fez a maior cagada e me colocou sempre como B31. Eu falei que era B91 aqui. Porque se eles me deram CAT, a Previdência tem que abrir como CAT, concorda? Eles estão com o documento de CAT, eles não sabem dizer qual é a diferença? Mas tudo bem, isso é outro caso. Isso é onde me afastei. Me afastei em 7/11/2002 (Priscila, 35 anos).

Na análise dos relatos, notou-se que a classe profissional do portador influenciou o trâmite burocrático de sua entrada no INSS. Nice, bancária, teve o afastamento encaminhado pela empresa para o INSS/SP; os demais entrevistados tiveram de fazê-lo por conta própria.

Porque quando o banco abriu a CAT, o banco mesmo levou pro INSS, porque o banco fazia isso. Porque o departamento pessoal do (nome do banco), o chefe falava com o boy e ele ia levar e eles mesmos marcavam a perícia (Nice, 54 anos).

No tocante às narrativas sobre o encontro com os médicos do INSS/SP durante a realização das perícias, sobressai, entre todos os entrevistados, a expectativa da avaliação de seu “estado de doença”, bem como de que receberiam tratamento semelhante ao dispensado por médicos assistentes. O desconhecimento sobre o local das perícias e o médico que os atenderia trouxe incerteza e ansiedade ao momento das consultas.

A perícia, no início, foi em pontos diferentes. Foi tipo um teste, eu tomei como um teste pra confirmar realmente se eu tinha o problema ou não. O pior teste é aquele que você tem que provar que está doente. Então eram todas as documentações, tudo, tudo,

³ De acordo com a legislação do Ministério da Previdência Social, a comunicação de acidente de trabalho ou doença profissional será feita à Previdência Social em formulário próprio CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho). A concessão do auxílio-doença acidentário não exige tempo mínimo de contribuição. Enquanto recebe auxílio-doença por acidente de trabalho ou doença ocupacional, o trabalhador é considerado licenciado e terá estabilidade por 12 meses após o retorno às atividades.

tudo, até onde você não consegue buscar mais ele pediu, todos pra comprovar, os médicos da perícia (Jairo, 38 anos).

[...] eu sou do posto da Brás Leme que eles mandaram nos consultórios credenciados, por ali, todos em Santana, mas nunca assim, hoje eu passava com você, na próxima perícia eu passava com outro (Nice, 54 anos).

Ansiedade e insegurança também se mostraram conexos, nos relatos dos portadores, com a falta de controle sobre aspectos relacionados à consulta pericial, principalmente o exame físico. Nos casos de LER/DORT, o exame físico deve ser adotado como conduta, pois os exames subsidiais (raios X, ressonância magnética, etc.) não garantem clareza quanto ao grau de acometimento ou de capacidade para o trabalho (Dias, 2001). No que se refere ao exame físico na consulta pericial, os relatos apontam para receios relacionados ao medo de sentir dor, à falta de controle sobre sua execução e à ausência de sinais físicos passíveis de constatação pelo perito, necessários para a confirmação do adoecimento, permitindo a interpretação por parte do profissional de que estariam “simulando” seu estado de doente. Tais achados também têm sido apontados em outros estudos (Batista e col., 1998; Verthein e Minayo-Gomes, 2000b), o que reforça a ideia de que o adoecimento por LER/DORT implica em (re)significações para além da esfera da saúde física do sujeitos, trazendo a dimensão do direito do trabalhador à cena.

Não, ela (médica perita) é da Rua Barra Bonita. Ela não olhou meu ultrassom quando eu passei nela. Aí ela me pediu o eletroneuro, eu fiz. Quando foi uns dias depois eu levei, aí ela não me, eu não entrei na sala dela, entregou na mão da secretaria. Como não deu nada ela me deu alta (Maria Lúcia, 38 anos).

Por fim, as vivências de interação com os médicos peritos conformaram nos pacientes um critério de avaliação dos médicos peritos que está circunscrito à polarização entre “bons médicos” versus “maus médicos”. Os “bons médicos” seriam aqueles que oferecem um “tratamento digno” durante a consulta e, principalmente, aqueles que “acreditaram na existência da doença”, atestando a incapacidade para o trabalho. Os “maus médicos”, por outro lado, foram identificados como aqueles que não “acreditaram”

no adoecimento, mesmo que o entrevistado possuísse exames e laudos comprobatórios.

É que nem, eu peguei, Dr. N era uma simpatia. Quando eu ia lá, eu mostrava meus exames, ele olhava meus exames, ele olhava minha mão e acreditava no que eu estava falando pra ele[...] Então esse, comigo, sempre foi legal. E tinha esse L. R. que queria me aposentar, ele foi extremamente seco, tal, tal, mas era bom. Tratava pelo menos com dignidade. Tinha aquele outro, o Dr. F., Dr. F. ele era secão, ele era aquele que você entrava, falava “Bom dia, Dr.” e você ficava no ar. Não te respondia e a secretária sempre, extremamente mal educada (Nice, 54 anos).

Aí ele me levantou (o médico perito), ele foi muito, muito, ele pegou meu braço numa violência, eu falei assim... eu pensei comigo, calma, não precisa fazer tudo isso! Mas eu deveria ter falado, ter xingado o cara, eu não falei, eu deveria ter dado um pontapé nele sabe, porque ele pegou o meu braço, levantou e mandou lá pra trás [...]. (Ela se sentiu) Uma galinha! Uma galinha, que você pega pelo pescoço, sabe, depena ela e faz o que quer. E foi onde ele me deu alta. Falou que isso não era nada (Priscila, 35 anos).

Os médicos e o universo da perícia médica para as LER/DORT

As narrativas dos médicos peritos a respeito das LER/DORT foram construídas a partir de suas lembranças de contato com esse tipo de adoecimento na prática clínica, o que, cronologicamente, coincidiu com a sua introdução como doença passível de seguro pelo INSS. Eles vivenciam o advento das LER/DORT, nos anos 1970, para o sistema previdenciário brasileiro e apontaram as dificuldades por elas impostas à sua prática pericial.

Interessante, eu estava pensando em 1974, estava fazendo perícia, eu me lembro de um caso, em Santo Amaro, de uma pessoa que trabalhou, trabalhava já com digitação naquela época [...] ele vinha se queixando de parestesia, formigamento e dor nas articulações, atingiam os dedos principalmente. E o exame físico foi inteiramente negativo, foi negado o benefício a ele. Depois de uns 5, 6 meses, eu gravei que a pessoa voltou, mas voltou com uma sequelas que impressionou, naquela época não se falava em LER, não existia a LER [...] eu fiquei tão impressionado

que eu não sabia o que teria acontecido com aquela pessoa, que doença que era aquela [...] (Dr. Marcos).

Os peritos expressaram um entendimento da doença relativo à exploração da força de trabalho e sua característica de problema social que exige atenção da área médica.

É realmente uma epidemia, tem que ser estudada, tem que ser combatida (Dr. Marcos).

Realmente a LER/DORT hoje é um problema muito sério nas sociedades desenvolvidas tendo em vista o aumento progressivo da incidência (Dr. João).

As representações dos médicos acerca do trabalho de perícia envolvendo as LER/DORT se estruturaram a partir de três termos da avaliação pericial: a diferença entre o trabalho de médico perito e o de médico assistente, as peculiaridades da avaliação pericial das LER/DORT e a problemática do nexo causal. Os entrevistados defenderam que o INSS é uma seguradora e a atuação do médico perito é diferente da executada por médicos assistentes: enquanto estes trabalham em prol do diagnóstico e tratamento de doenças, eles (os peritos) devem determinar a capacidade para o trabalho. Essa diferença de papéis se constitui enquanto argumento para o embate com os pacientes no contexto do encontro na perícia médica.

Eu acho primeiro, que não é função precípua do perito fazer diagnóstico. Então ele confirma o diagnóstico através daqueles dados que lhe são trazidos, vamos dizer assim [...]. E aí, o que realmente o perito tem que julgar é a incapacidade (Dr. Sandro).

No caso da perícia médica na Previdência, uma perícia administrativa, onde a instituição é a autoridade que solicita ao médico perito dados para informar não sobre a doença, mas sobre se esse segurado tem ou não capacidade de trabalho para poder, em caso de não ter, usufruir dos benefícios a que tem direito. Então, perícia é apenas um ato médico para, um ato médico de medicina legal para fornecer elementos para que a instituição resolva conceder ou não o benefício (Dr. Marcos).

Quando instigados a falar sobre as particularidades na execução de consultas periciais de LER/DORT, apenas um dos entrevistados reconheceu explicitamente que consiste em perícia diferenciada,

contudo, apesar da resposta negativa dos demais, tal prerrogativa esteve implícita em seus relatos.

[...] realmente é uma perícia diferente. Porque se o indivíduo chega com hipertensão, hipertensão até que eu prove o contrário pra você estabelecer o nexo de uma hipertensão com o trabalho é algo muito difícil, é uma situação excepcional. Agora, em relação à tendinite, não! A tendinite com um percentual grande, realmente ela tem uma vinculação com o trabalho. Então, é uma perícia diferente, tem que ser feita uma anamnese ocupacional, tem que se saber os antecedentes profissionais desse segurado (Dr. João).

Eu encaro como uma perícia normal, eu acho que no momento em que eu for encarar como uma perícia especial, eu já estou fazendo uma discriminação, certo. Agora, é sabido que é um dos maiores pontos de conflito (Dr. Sandro).

Assim como para os portadores de LER/DORT, a questão do exame físico permeou as narrativas do grupo. Os peritos identificaram o exame físico como instrumento de avaliação necessário, colocando em segundo plano de importância os exames subsidiários.

Eu acho que é o mais importante (o exame físico). Eu acho que o médico pode fazer uma perícia sem nenhum exame complementar, mas, jamais, pode completar uma perícia só com exame complementar (Dr. Sandro).

Então, em relação a isso [...] o diagnóstico de LER é um diagnóstico clínico, ele não, ele independe do exame subsidiário. Agora, o médico perito, ele pode eventualmente lançar mão desse exame subsidiário para complementar uma dificuldade que ele está tendo no exame clínico (Dr. João).

Juntamente ao aspecto do exame físico foi abordado, ainda sobre as peculiaridades da perícia médica para as LER/DORT, a questão da simulação, ou “valorização” dos sintomas pelos portadores durante a consulta pericial com o objetivo de obtenção do benefício. De acordo com a experiência dos entrevistados, os que “simulam” representam apenas uma pequena parcela dos segurados.

Eu te diria que isso não é a maioria. Mas existe um certo número de pessoas que geralmente são pes-

soas que já vêm, vamos dizer, predispostas, muitas vezes a pessoa até sabe que não tem o direito, vem impor o direito. Quanto maior a taxa de desemprego é líquido e certo que maior é a tensão do indivíduo e, maior é o número daqueles que efetivamente, ou não têm a incapacidade ou não têm o direito, mas que vêm tentar (Dr. Sandro).

Quanto ao estabelecimento do nexo causal, colocaram-se contra essa atribuição que acreditavam dever ser executada de forma limitada, devido a dificuldades impostas pelo cotidiano do trabalho e, ainda, porque representa mais um ponto de conflito, senão o principal, com os portadores de LER/DORT.

Eu acho que o médico do INSS, essa é minha opinião pessoal, não deveria de jeito nenhum entrar no mérito do nexo, eu acho que o nexo é um problema do trabalhador com a empresa, tem a ver com o Ministério do Trabalho, com a medicina do trabalho, não tem nada a ver com o INSS (Dr. Sandro).

E existe uma outra situação, casos de LER/DORT onde o perito entende sendo uma tendinite, não estabelece o nexo porque, o que é que é fundamental? O estudo do posto de trabalho daquele segurado, daquele paciente. Quer dizer, erram todos os médicos que participam desse, do atendimento a esse segurado, a esse paciente (Dr. João).

Na direção de alicerçar o estabelecimento do nexo causal, os médicos peritos encaminharam seus relatos para a descrição do conceito de *nexo técnico epidemiológico*⁴, que emergia no momento da pesquisa junto à estruturação de concessão de benefícios do INSS, ao qual demonstraram apoio.

O nexo epidemiológico é uma outra tentativa onde você procura, agora, voltar para a empresa a necessidade de combate. Porque antes, quando você negava o nexo ao trabalhador, era o trabalhador que tinha que justificar. Agora, epidemiologicamente, se ele já trabalha numa atividade de risco e tem aquela patologia que é comum naquela atividade, estabelece o nexo (Dr. Marcos).

Considerações finais

Os portadores de LER/DORT e médicos peritos do INSS/SP, sujeitos situados em polos de uma relação conflituosa e permeada por suspeções e tensões, apresentaram concepções divergentes e, em alguns pontos, complementares a respeito do adoecimento pelas LER/DORT e do encontro simbólico representado pela consulta pericial.

Para os portadores, cujas representações foram construídas a partir da experiência do adoecimento, a doença foi descrita como um evento negativo, limitador de sua autonomia enquanto sujeitos sociais e que afeta, muitas vezes de forma peremptória, o cotidiano do trabalho, das atividades de vida diária e sociais, forçando-os a (re)significar suas identidades.

Destacaram-se, nos relatos que deram acesso às representações sociais dos portadores, a dificuldade em reconhecer o adoecimento e suas implicações, o complexo itinerário nos serviços públicos e privados de saúde até alcançar diagnóstico e tratamento adequados e, de modo intenso, os obstáculos para se fazerem reconhecidos como sujeitos acometidos por LER/DORT no ambiente do trabalho e, mesmo, da família.

O contato com o INSS/SP foi permeado pela incerteza e descontrole sobre os acontecimentos relativos à consulta pericial, provocadores de ansiedade e tensão. Na situação de consulta, o encontro com o perito representou situação conflituosa, pois entenderam que se tratava de julgamento da verdade de seus argumentos e validade de sua condição. Somado a isto, os resultados da perícia eram determinantes para seu futuro. Creditaram grande valor comprobatório aos exames subsidiários, capazes de comprovar o adoecimento no espaço social, principalmente, da consulta pericial, em detrimento do exame físico, momento caracterizado como de grande exposição e vulnerabilidade. Avaliaram a conduta médica de acordo com a acreditação recebida pelo perito quanto à sua condição, sendo “bom médico” aquele que ratificou a incapacidade para o trabalho.

⁴ O Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP): a partir do cruzamento das informações de código da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 e de código da Classificação Nacional de Atividade Econômica - CNAE aponta a existência de uma relação entre a lesão ou agravo e a atividade desenvolvida pelo trabalhador. A partir dessa referência, a medicina pericial do INSS ganha mais uma importante ferramenta-auxiliar em suas análises para conclusão sobre a natureza da incapacidade ao trabalho apresentada, se de natureza previdenciária ou acidentária. O NTEP foi implementado no INSS em abril de 2007. Fonte: <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=463>. Acesso em 15/02/2011.

Entre os médicos peritos, sujeitos situados no polo do conhecimento científico e do julgamento técnico, os relatos possibilitaram o acesso a representações centradas nos desafios que as LER/DORT impuseram ao exercício das consultas periciais a partir de sua incorporação pelo INSS, no final dos anos 1970. A complexidade da doença e as limitações técnicas para se alcançar diagnóstico definitivo e estabelecer o nexo causal com a atividade laboral são aspectos recorrentes nos relatos e servem para compreender a posição que assumem perante os portadores na perícia médica. As detalhadas explicações que forneceram sobre as diferenças entre a sua atuação médico-pericial, relativa à avaliação sobre a capacidade laborativa, e a dos médicos assistentes, direcionada ao diagnóstico e tratamento de doenças, atestam as dificuldades impostas pelo cotidiano da prática das perícias médicas e os obstáculos à efetiva comunicação no encontro com os portadores de LER/DORT.

Quanto às peculiaridades da prática pericial, os médicos ressaltaram, ao contrário dos portadores, a importância do exame físico em detrimento aos subsidiários, bem como protestaram contra a responsabilidade imposta a eles do estabelecimento do nexo causal. Ainda, os peritos aprovaram as mudanças pelas quais passava o INSS no momento da pesquisa, dentre as quais se destaca a possibilidade da introdução da referência ao *Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário*, reconhecido como avanço e provável facilitador da prática pericial.

Os portadores de LER/DORT e os médicos peritos do INSS/SP apresentaram amplo repertório de representações acerca da doença e da consulta pericial. Suas percepções ora distintas, ora complementares revelaram um aspecto do cotidiano do adoecimento ainda pouco explorado, o do encontro entre esses sujeitos e suas concepções a respeito de si e do “outro”, mesmo considerando, nesse encontro, sua dimensão simbólica.

Entende-se que os achados da pesquisa potencializam duas frentes de debates. No plano institucional da estrutura médico-previdenciária do INSS conforma-se a possibilidade de contribuir para o planejamento e implementação de ações de mudança relativas à assistência e orientação aos portadores de LER/DORT. No plano acadêmico, abrem-se ca-

minhos para novas investigações acerca da relação entre os profissionais de saúde e portadores de LER/DORT no contexto da assistência e, em especial, acerca da peculiaridade do encontro entre médicos peritos e portadores, já que se trata de uma relação ancorada na pertinência do direito previdenciário.

Referências

- ALMEIDA, M. C.; CODÓ, W. (Org.). *LER: diagnóstico, tratamento e prevenção*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- BATISTA, R. M.; GARBIN, A. C.; NEVES, I. R. Etiologia do senso comum: as lesões por esforços repetitivos na visão dos portadores. *Cadernos de Psicologia Social e Trabalho*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 43-55, 1998.
- BARBOSA, M. S. A.; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. A vida do trabalhador antes e após a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT). *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 5, p. 491-496, 2007.
- BECKER, H. *Segredos e truques da pesquisa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J. C.; PASSERON, J. C. *A profissão de sociólogo: preliminares epistemológicas*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *LER/DORT: dilemas, polêmicas e dúvidas*. Brasília, DF, 2005. (Série A - Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Anuário estatístico da Previdência Social 2010: seção I - benefícios: auxílios*. Brasília, DF: Ministério da Previdência Social, 2010. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1145>>. Acesso em: 17 abr. 2013.
- COUTO, H. A. *Novas perspectivas na abordagem preventiva das LER/DORT: o fenômeno Ler/DORT no Brasil*. São Paulo: Ergo, 2000.
- CAPRARÀ, A.; LINS, A. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.

- DIAS, E. C. (Org.). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para serviços de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- FERNANDES, J. C. L. A quem interessa a relação médico-paciente? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 21-27, 1993.
- GUTIERRE, A. C. *Grupos de trabalho corporal inseridos em um programa de tratamento e reabilitação para portadores de LER/DORT: relato da experiência do Cerest/SP*. São Paulo: Cerest, 2004.
- GRAVINA, M. H. *A dor e o sofrimento no trabalho: uma análise dos aspectos psicossociais relacionados ao desenvolvimento das LER (Lesões por Esforços Repetitivos)*. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- GOMES, R.; MENDONÇA, E.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, 2002.
- GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 185-221.
- HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 23-26, 1991.
- MAENO, M. *Reinserção de trabalhadores com Lesões por Esforços Repetitivos no mercado de trabalho*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- MERLO, R. C. et al. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de Lesões por Esforços Repetitivos. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 117-136, 2003.
- NEVES, I. R. LER: trabalho, exclusão, dor, sofrimento, relação de gênero: um estudo com trabalhadoras atendidas num serviço público de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1257-1265, 2006.
- MOSCOVICI, S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- RUIZ, R. C. et al. *Um mundo sem LER é possível*. Montevideo: UITA, 2003.
- SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 489-495, 1996.
- SARTI, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 3-13, 2001.
- SETTIMI, M. M.; SILVESTRE, M. P. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): um problema da sociedade brasileira. In: CODO, W.; ALMEIDA, M. C. (Org.). *LER: Lesões por Esforços Repetitivos*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 321-355.
- SIQUEIRA, A. C. *Os significados atribuídos às LER/DORT na relação médico-paciente: um estudo entre médicos peritos do INSS/SP e pacientes portadores de LER/DORT usuários do Cerest/SP*. 2007. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- VERTHEIN, M. A.; MINAYO-GOMEZ, C. A construção do “sujeito-doente” em LER. *História, Ciências, Saúde - Manuinhos*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 329-347, 2000a.
- VERTHEIN, M. A.; MINAYO-GOMEZ, C. O território da doença relacionada ao trabalho: o corpo e a medicina nas LER. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 101-127, 2000b.

Recebido em: 26/09/2011

Reapresentado em: 15/10/2012

Aprovado em: 25/10/2012