

Os Sintomas de LER/DORT: um Estudo Comparativo entre Bancários com e sem Diagnóstico

Paulo Wenderson Teixeira Moraes
*Universidade Estadual de Feira de Santana,
Feira de Santana, BA, Brasil.*

Antonio Virgílio Bittencourt Bastos
*Universidade Federal da Bahia,
Salvador, BA, Brasil.*

Resumo: As Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) são uma síndrome cujo diagnóstico é complexo. O objetivo deste artigo foi comparar os sintomas osteomusculares entre os bancários que afirmaram já terem sido diagnosticados por LER/DORT com aqueles que afirmaram nunca terem sido diagnosticados por algum médico, analisando as diferenças com relação aos fatores sociodemográficos. Participaram da pesquisa 220 bancários do estado da Bahia, dos quais, 91 apresentaram apenas sintomas osteomusculares e outros 91, além dos sintomas, também relataram o diagnóstico de LER/DORT. Apenas 38 não relataram qualquer distúrbio osteomuscular. Os que possuem diagnóstico de LER/DORT são os que mais sentem sintomas osteomusculares. Com maior média de idade, menor escolaridade e maior predominância do sexo feminino, os diagnosticados apresentaram sintomas de DORT há mais tempo, mais severos e com maior frequência. Este artigo contribui para a descrição da sintomatologia do fenômeno LER/DORT.

Palavras-chave: LER/DORT, Dor, Saúde Ocupacional.

The Symptoms of RSI/WMSD: a Comparative Study among Bahia's Banks Clerk with and without Diagnosis

Abstract: Repetitive Strain Injuries / Work Related Musculoskeletal Disorders (RSI / WMSD) are a syndrome whose diagnosis is complex. This paper aims at comparing the musculoskeletal symptoms among the bank clerks that reported having been diagnosed by RSI / WMSDs, with those who have never been diagnosed by a doctor, analyzing the differences concerning sociodemographic factors. The participants were 220 bank clerks of the State of Bahia-Brazil, of which only 91 had shown musculoskeletal symptoms and other 91 who, in addition to the symptoms, also reported the diagnosis of RSI / WMSDs. Only 38 did not report any musculoskeletal disorder. Those with a diagnosis of RSI / WMSDs are the ones who experienced more musculoskeletal symptoms. As the age average goes higher combined with lower educational levels and leading prevalence of females, those who were diagnosed had symptoms of WMSDs for longer; severely and more often. This article contributes to describe the symptoms of the RSI / WMSDs phenomenon.

Keywords: RSI/ WMSD, Pain, Occupational Health.

Los Síntomas de RSI/WMSD: un estudio comparativo entre empleados de bancos de Bahia con y sin diagnóstico

Resumen: Las lesiones por esfuerzo repetitivo / trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo (RSI/WMSD) son un síndrome cuyo diagnóstico es complejo y controvertido. El objetivo de este trabajo fue comparar los síntomas musculoesqueléticos entre empleados de bancos que reportaron haber sido diagnosticados con RSI/WMSD, con otros que nunca habían sido diagnosticados, analizando las diferencias en relación con los factores sociodemográficos. Los participantes fueron 220 empleados de bancos del Estado de Bahia, de los cuales solo 91 tenían síntomas musculoesqueléticos y los otros 91 que, además de los síntomas, tenían un diagnóstico de RSI/WMSD. Solo 38 no informaron ningún trastorno musculoesquelético. Aquellos que tienen un diagnóstico de RSI/WMSD son los que más sintieron los síntomas musculoesqueléticos. Con una mayor edad media, niveles educativos más bajos y una mayor prevalencia del sexo femenino, los diagnosticados presentan síntomas de trastornos musculoesqueléticos durante más tiempo, más graves y más frecuentes. Este artículo contribuye a la descripción de los síntomas del fenómeno RSI/WMSD y abre el camino para formular instrumentos de medición más precisos y estandarizados.

Palabras claves: RSI/WMSD, Dolor, Salud en el Trabajo.

Introdução

As Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados com o Trabalho (LER/DORT) são uma síndrome cuja terminologia não é consensual e, apesar de não haver nenhum diagnóstico com essa expressão no Código Internacional das Doenças (CID-10), sua utilização é bastante difundida na sociedade como um todo devido ao impacto social e aos danos provocados aos trabalhadores, sendo comum utilizar no cotidiano de trabalho a expressão “diagnóstico de LER”.

Na rotina laboral é possível observar pessoas dizendo que “têm LER” ou que foram “diagnosticadas com LER”. Em certo sentido, qualquer pessoa, em algum momento da vida, pode sentir dores associadas à tarefa que realiza e à organização do trabalho. Com a intensificação de uma série de fatores psicossociais associados ao aumento do estresse, tais dores podem vir a se tornar insuportáveis. Porém, essa utilização disseminada de uma noção pré-científica para descrever uma série de sintomas produz uma considerável imprecisão na observação do fenômeno das LER/DORT. Este artigo busca auxiliar na melhor descrição dos sintomas dolorosos e contribuir para aumentar a precisão na análise e interpretação desse fenômeno biopsicossocial que vem acometendo um contingente significativo de trabalhadores.

O objetivo deste artigo foi comparar os sintomas osteomusculares entre os bancários que afirmaram já terem sido diagnosticados por LER e aqueles que afirmaram nunca terem sido diagnosticados por algum médico, analisando as diferenças com relação aos fatores sociodemográficos desses dois grupos, entre si e com o grupo que não apresentou sintoma algum.

Já na década de 1990, a denominação Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) surgiu no Brasil acompanhando o movimento das pesquisas em outras partes do planeta, em busca do nexo causal com o trabalho. No entanto, na literatura brasileira há a utilização conjunta das duas siglas, formando o acrônimo LER/DORT. A história do conceito foi retratada em diversos trabalhos (Gerr, Letz, & Landrigan, 1991; Higgs, & Mackinnon, 1995; Ireland, 1995; Kiesler, & Finholt, 1988; Lucire, 2003; Moraes, & Bastos, 2013; Reilly, 1995; Ribeiro, 1999) que remetem sempre ao nome de Ramazzini como o autor do primeiro registro. De acordo com a Instrução Normativa nº 98 (Brasil, 2003), a LER/DORT pode ser caracterizada pela ocorrência de vários sintomas associados à dor e entidades nosológicas, que podem ser identificadas ou não. A identificação de tais entidades, que validaria os sintomas somáticos através de exames clínicos, tem sido problemática. A tendinite, por exemplo, pode ser equivocadamente diagnosticada em vez de

outras síndromes dolorosas, causando efeitos iatrogênicos consideráveis, na medida em que se proliferam as “tendinites múltiplas” e refratárias a tratamento, inclusive levando à invalidez permanente no contexto brasileiro (Siena,&Helfenstein Junior, 2009). Para alguns autores (Gerret al., 1991; Milliken,&Colohan, 2004), as entidades nosológicas específicas, como tendinite, tenossinovite, entesopatia e síndrome do túnel do carpo, possuem sintomas subjetivos distintos e definidos claramente, características patogênicas grosseiras e microscópicas reconhecíveis e resposta apropriada a efetivas formas de tratamento físico. O adoecimento, nesse sentido, é causado pelo uso excessivo de determinados grupamentos musculares devido ao trabalho repetitivo em postura inadequada. Essa descrição caracteriza a “síndrome do sobreuso ocupacional” que, para tais autores, diferencia-se do fenômeno social denominado LER/DORT, que é multideterminado e de sintomatologia difusa. Se por um lado, a delimitação clara do papel das entidades clínicas específicas pode não estar claramente presente na definição de LER/DORT (Armstrong et al., 1993), por outro, é possível encontrar explicitamente a inclusão delas na definição adotada (Higgs,&Mackinnon, 1995). Tais dificuldades estão relacionadas com numerosos fatores psicossociais e com problemas na organização do trabalho que podem estar camuflados na gestão organizacional. Parece haver um considerável consenso de que o ritmo acelerado imposto pelo capitalismo aos trabalhadores é o fator primordial para o desencadeamento da epidemia dessa síndrome (Elkeles,&Seligmann-Silva, 2010).

No contexto brasileiro, muitos outros autores tendem a não discutir epistemologicamente o conceito e consideram todos os distúrbios do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo como manifestações específicas de um conceito mais abrangente de LER/DORT (Chiavegato Filho,& Pereira Junior, 2004; Elkeles,&Seligmann-Silva, 2010; Ghisleni,&Merlo, 2005; Gravina,& Rocha, 2006; Lima, Araújo, & Lima, 1998; Ribeiro, 1999; Rossi, 2008; Sato, 2001; Verthein,&Minayo-Gomez, 2001). Já Oliveira (1999) indica a existência de inconsistências no conceito de LER, que não distingue efetivamente nenhuma disfunção neuroanômica comprovável. Por outro lado, segundo Verthein, &Minayo-Gomez (2000; 2001), é preciso evitar as armadilhas da neuropsiquiatria das LER, tendo em vista o interesse financeiro do capital em negar o nexo causal com o trabalho e individualizar o problema. As normas

e instruções da previdência alertam para o fato de que os achados dos exames físicos podem ser extremamente discretos e não evidenciar o sofrimento pelo qual passa o trabalhador (Brasil, 2001; Siena,&Helfenstein Junior, 2009). Levando isso em conta, Couto(2000) sugere uma solução para lidar com essa ambiguidade, classificando a LER/DORT como um processo no qual os sintomas iniciais de dor e desconforto inespecíficos podem evoluir para a deflagração de um diagnóstico de tais entidades clínicas (tendinite, síndrome do túnel do carpo etc.), que constituem uma indicação de graus mais avançados de LER/DORT, nos quais a dor crônica é a característica central. Mesmo essa solução revela-se um artifício precário tendo em vista toda a problemática da cognição e avaliação da dor (Cioffi, 1996; Huang, Feuerstein, &Sauter, 2002; Lima, Neves, Sá, & Pimenta, 2005; Sauter,&Swanson, 1996; Toledo et al., 2013).

A complexidade das LER/DORT decorre do fato de ser um fenômeno multifatorial (fatores biomecânicos, organizacionais e psicossociais) e multidimensional (dimensão individual, grupal e social) (Moraes,& Bastos, 2013). Isso explica, em parte, porque não se tem resolvido o problema dos distúrbios osteomusculares no trabalho, principalmente num contexto de precariedade das intervenções e poucos investimentos em prevenção (Wells, 2009).

Apesar de, até mesmo na literatura, os termos doença e síndrome serem usados como sinônimos, não é completamente apropriado classificar o fenômeno das LER/DORT como uma doença, pois se trata, em muitos casos, de diversos sintomas com etiologias multideterminadas, com terapêuticas sem resultados conclusivos e prognósticos pouco precisos, portanto, caracteriza-se mais como uma síndrome. Ainda não existe um conceito fundamentado dessa síndrome, tratando-se mais de uma noção pré-científica do que um conceito científico propriamente dito, pois o termo LER/DORT é um “guarda-chuva” que abriga diversos fenômenos dificultando a operacionalização e desenvolvimento da comparação entre os estudos. Além disso, na definição de DORT está implicada a noção de fatores psicossociais que é outro termo “guarda-chuva” que abriga muitos modelos e conceitos complexos. Essa imprecisão conceitual pode acarretar a utilização abusiva no cotidiano e dificuldades na compreensão do diagnóstico dessa síndrome.

Para Lima (1998), no estabelecimento do nexo causal de doenças físicas e mentais, muitas vezes, desconsidera-se a complexidade do fenômeno cain-

do-se em perspectivas reducionistas, seja através de um viés psicologizante, sociologizante ou organicista. Mesmo com as dificuldades conceituais e etiológicas, as LER/DORT são “uma das principais causas de afastamento por doença do trabalho no país” (Sato, Lacaz, & Bernardo, 2006), certamente porque o sintoma principal é a dor incapacitante.

Método

A presente pesquisa foi realizada através do levantamento de dados quantitativos transversais, obtidos através da entrega de um questionário com escalas de tipo *likert* e perguntas objetivas sobre sintomas de desconforto osteomuscular. A amostra foi constituída de 220 bancários que foram convidados a participar da pesquisa, abordados em 38 diferentes agências do estado da Bahia, de bancos públicos e privados, e no Sindicato dos Bancários da Bahia. A cada bancário, que foi informante da pesquisa, foi solicitado que indicasse outro colega que possibilitasse a aplicação do questionário em outras agências, facilitando o acesso ao campo. Assim, apesar da amostra não ser aleatória, buscou-se abordar todos os bancários acessíveis, em cada agência, na hora da visita, independente de ter ou não o diagnóstico de LER/DORT. A amostragem por conveniência também está relacionada com os objetivos de cunho exploratório e de comparação de duas categorias de pessoas que apresentam sintomas. O sorteio aleatório poderia levar a uma amostra que não atenderiam aos objetivos, uma vez que poderia ficar desequilibrada, com muitos casos de um lado e poucos de outro. Essa escolha acarretou um limite de inferência das informações obtidas na pesquisa para a população de bancários, podendo conter algum viés na amostragem.

Após explicação dos objetivos da pesquisa e adesão do participante, foi entregue um termo de consentimento livre e informado e um questionário para ser preenchido num prazo de uma semana. A pesquisa foi submetida ao Conselho de Pesquisa pela Resolução Consep nº160/2011.

A avaliação dos sintomas de DORT entre os trabalhadores bancários com e sem LER/DORT foi realizada através do instrumento “Autoavaliação de Sintomas de Desconforto no Corpo” (Moraes, 2014), que se constitui de uma avaliação cognitiva do desconforto em diversas áreas do corpo. Esse instrumento é uma adaptação do Censo de Ergonomia proposto por Couto (Couto, 2007) e do *Nordic Musculoskeletal Questionnaire* (MSQ)

(Kuorinka et al., 1987). Primeiramente, houve uma aplicação piloto de 30 questionários, cuja eficácia resultou na continuação da coleta de dados. À medida que os questionários iam sendo recebidos, avaliava-se a frequência de casos com LER/DORT. Para caracterizar o acometimento pela síndrome, cada participante informou se já havia sido diagnosticado com LER/DORT por algum médico, seja do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), da empresa, particular ou do sindicato.

Os dados foram analisados através de teste qui-quadrado para verificar se a diferença nas porcentagens apresentadas foi significativa. Nos casos de avaliação de média, foi utilizado o teste de análise de variância (Anova) para averiguar se as diferenças entre médias encontradas foram significativas. Os cálculos foram realizados através do SPSS.

Resultados e Discussão

Do total de 91 bancários que informaram já terem sido diagnosticados, somente 3,3% dos casos de LER/DORT foram diagnosticados apenas por médicos do INSS, 12,1% apenas por médicos do banco, 69,2% apenas por médico particular e 15,4% por vários tipos de médicos simultaneamente. O diagnóstico no INSS é mais raro, devido à política atual da Previdência Social de redução ao mínimo dos afastamentos por doenças ocupacionais, indicando a reabilitação no trabalho.

Quanto ao ano em que foi feito o diagnóstico, 22 (25,6%) dos bancários acometidos foram diagnosticados nos anos 1990, 42 (48,8%) de 2000 a 2005 e também 22 (25,6%) de 2005 a 2012. Em média, esses 91 bancários foram diagnosticados há 10 anos, com desvio padrão de 4,44 anos, e a idade média em que foram diagnosticados foi de 37 anos, com desvio padrão de 6,27 anos. A idade mínima de quando foi realizado o diagnóstico foi de 22 anos e máxima de 53 anos. Seis encontram-se em recuperação, 74 em tratamento e 7 em reabilitação profissional. Em relação às faltas ao trabalho, 82,4% deles já faltaram por causa das LER/DORT. Quanto ao afastamento, 69 (75,8%) já foram afastados, mas apenas 18 (19,8%) estavam afastados no momento da coleta.

Dos 220 bancários, 55,5% são mulheres (Tabela 1). Observa-se, também, que 91 (41,4%) bancários da amostra afirmaram já terem sido diagnosticados, correspondendo à categoria “possuem diagnóstico de LER/DORT” (LER/DORT), sendo que a proporção de homens com essa síndrome é bem menor (33%) do que entre as mulheres (67%). Este dado corrobora com

Tabela 1

Números absolutos e porcentagem de dados sociodemográficos de uma amostra de bancários da Bahia, 2013

| Variável | SS** | DO*** | LER/DORT**** | χ^2 | gl | Total |
|----------------------|-----------|-----------|--------------|----------|----|------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | | n (%) |
| | 38 (17,3) | 91 (41,4) | 91 (41,4) | | | 220 (100) |
| Sexo* | | | | 15,89* | 2 | |
| Homens | 27 (71,1) | 43 (47,3) | 30 (33,0) | | | 100 (45,5) |
| Mulheres | 11 (28,9) | 48 (52,7) | 61 (67,0) | | | 120 (54,5) |
| Estado civil | | | | 34,26* | 6 | |
| Solteiro | 9 (25,0) | 50 (55,6) | 18 (19,8) | | | 77 (35,5) |
| Casado | 22 (61,1) | 39 (43,3) | 62 (68,1) | | | 123 (56,6) |
| Separado/ Divorciado | 5 (13,9) | - | 9 (9,9) | | | 14 (6,5) |
| Viúvo | - | 1 (1,1) | 2 (2,2) | | | 3 (1,4) |
| Não declarado | 2 | 1 | - | | | 3 |
| Filhos | | | | 36,01* | 8 | |
| 0 | 14 (36,8) | 49 (53,8) | 13 (14,3) | | | 76 (34,5) |
| 1 | 8 (21,1) | 15 (16,5) | 28 (30,8) | | | 51 (23,2) |
| 2 | 10 (26,3) | 18 (19,8) | 40 (44,0) | | | 68 (30,9) |
| 3 ou 4 | 6 (15,8) | 9 (9,9) | 10 (11,0) | | | 25 (11,4) |

*p < 0,001; **Sem sintomas; ***Sem desconforto osteomuscular; ****Possuem diagnóstico de LER/DORT.

pesquisas anteriores em que o percentual de mulheres bancárias acometidas é superior ao dos homens (Ribeiro, 1999). No entanto, a proporção de homens e mulheres com desconforto osteomuscular, mas sem LER/DORT, que corresponde à categoria “Desconforto Osteomuscular” (DO), é aproximadamente a mesma, ou seja, dos 91 (41,4%) bancários nessa condição, 43(47,3%) são homens e 48(52,7%) são mulheres, sendo que essa diferença de percentagens não é significativa. Apenas 38 (17,3%) sujeitos apresentaram a condição de estar sem LER/DORT e sem desconforto osteomuscular, correspondendo à categoria “sem sintomas” (SS). Neste grupo, a proporção de homens é de 71%, significativamente superior a das mulheres (28,9%) (p < 0,001). O gênero aparece como variável associada à LER/DORT em diversos estudos (Kilbom, & Messing, 1998; Ribeiro, 1999; Unruh, 1996), mas outras variáveis poderiam explicar esse fato, como a ocupação de empregos mais precários pelo sexo feminino e a dupla jornada de trabalho (Cordeiro, Araújo, Almeida, & Santos, 2011). Apesar de ser esperado que as mulheres sintam mais dores relacionadas ao trabalho, por causa da constituição mais frágil e da dupla jornada, em muitos contextos, são os homens que sentem mais dor, levando à constatação de que não há resultados conclusivos (Hooftman, Beek, & Mechelen, 2009).

As diferenças de porcentagem entre os gêneros em cada grupo foram estatisticamente significativas

($\chi^2 = 15,89 (2)$, p < 0,001), com exceção do grupo DO. Mesmo com essa exceção, houve associação significativa entre gênero, diagnóstico de LER/DORT e sintomas de DORT. A probabilidade de alguém ser mulher, dentre aqueles que têm diagnóstico de LER/DORT, foi cerca de duas vezes maior do que de ser homem, na amostra estudada, e a probabilidade de uma mulher estar saudável, em relação aos sintomas de DORT, foi três vezes menor do que para um homem.

Quanto ao estado civil, que é um fator provavelmente associado à idade, é possível observar, na Tabela 1, que no grupo LER/DORT há menos solteiros do que em DO, apenas 19,8% dos primeiros são solteiros, enquanto que são 55,6% dos últimos nessa mesma condição. Já 25% dos SS são solteiros. A diferença de porcentagem de estado civil em cada grupo foi estatisticamente significativa ($\chi^2 = 34,26 (6)$, (2), p < 0,001), ou seja, também houve associação significativa entre estado civil e condição de saúde musculoesquelética. O estado civil certamente está explicando uma boa parte da variação na porcentagem dos que possuem filhos, pois 53,8% dos DO não possuem filhos. Tendo mais casados em LER/DORT (68,1%), apenas 14,3% deles não têm filhos. Portanto, a diferença percentual entre aqueles que têm filhos e não tem filhos revelou-se associada significativamente com a condição de saúde, na amostra estudada ($\chi^2 = 36,01 (8)$, p < 0,001).

Muitas vezes, a família e filhos podem representar uma dupla jornada após o trabalho que impacta no organismo com sobrecarga e prolongamento do estado de estresse. Mas por outro lado, a família também pode representar um ponto de apoio fundamental, que alivia a sobrecarga do trabalho. O estado civil e a composição familiar se revelaram fatores paradoxais. A probabilidade de um sujeito casado ter LER/DORT foi 2,16 vezes maior do que para os solteiros, na amostra estudada. Porém, a probabilidade de um solteiro ter apenas sintomas de DORT sem o diagnóstico (Grupo DO) foi 2,05 vezes maior do que para os casados. Quanto aos filhos, observa-se que a probabilidade de ter o diagnóstico de LER/DORT entre os bancários que tem filho, nessa amostra, é 3,17 vezes maior do que quem não tem filhos, porém, a probabilidade de um bancário solteiro ter apenas sintomas de DORT (Grupo DO) é 2,21 vezes maior do que para os bancários que têm filhos.

Tendo em vista que a composição familiar do grupo LER/DORT foi mais similar à do grupo SS, do que a do grupo DO, a análise desses dados se torna desafiadora: a família poderia impactar com sobrecarga no grupo LER/DORT, mas não no grupo SS, no qual a família poderia exercer uma função de apoio social e compensação do estresse ocupacional. A ausência desse apoio social poderia, por outro lado, estar impactando na ocorrência de sintomas osteomusculares em DO. Essas observações preliminares precisam de um exame mais aprofundado, tendo em vista as sutilezas dos fatores psicossociais relacionados com a família, que em sua dinâmica interna pode ser fator de risco para alguns e fator de proteção para outros.

A idade média de toda a amostra foi de 40,4 anos, sendo que em média tais bancários começaram a trabalhar aos 18,5 anos e possuem um tempo médio de serviço de 17,3 anos. Assim como o estado civil e a composição familiar, a idade também teve um efeito ambíguo na comparação entre os grupos, tendo em vista que o grupo LER/DORT teve a maior média de idade, 47,1 anos, mas foi o grupo DO que teve a menor média, 34,1 anos, deixando o grupo SS numa posição intermediária, com a idade média de 39,32 anos. A diferença dessas médias foi significativa ($F=58,97$, $p<0,001$). Esse resultado revela um impacto contraditório da idade, pois, retirando o grupo LER/DORT, essa variável estaria associada com sintomas de desconforto osteomuscular em sentido inverso ao esperado, pois os bancários do grupo DO, são em média cinco anos mais novos

do que o grupo SS. Uma possível explicação para essa diferença é que a idade está relacionada com a experiência de trabalho que auxilia na dosagem do esforço e na diminuição do erro e do retrabalho, além, é claro, da maior possibilidade de estabilidade e ganhos financeiros. A idade, portanto, poderia estar associada à diminuição de algumas fontes de estresse. Por outro lado, a idade está relacionada com o envelhecimento do corpo, a diminuição da capacidade de recuperação dos tecidos e acúmulo de tensões relacionadas ao trabalho. Por essa outra linha de raciocínio, justifica-se a maior média de idade para aqueles com LER/DORT em relação aos demais. Para análise mais aprofundada desse achado, serão necessárias pesquisas relacionadas às variáveis que moderam o impacto da idade e produzem esse efeito paradoxal. Para avaliar o real impacto da idade é necessário controlar outras variáveis, como a carga de trabalho, cargo ocupado, clima de trabalho, além de características individuais como *coping*, resiliência e autoeficácia.

Como esperado, todos os trabalhadores com diagnóstico de LER/DORT apresentaram sintomas osteomusculares mais severos e mais crônicos. A Tabela 2 traz uma descrição da localização do desconforto osteomuscular entre os 182 bancários da amostra que sentem algum desconforto. Nesta tabela, constam apenas o grupo “DO” e o “LER/DORT”. Desse modo, portanto, foram retirados das próximas tabelas os 38 bancários (17,3%) que não sentem nenhum tipo de desconforto.

Para o grupo DO, as regiões do corpo mais assinaladas com algum tipo de desconforto foram os membros (84,6%) seguidos da coluna e o pescoço (79,1%), enquanto que, para o grupo LER/DORT, o percentual chega aos 100% nos membros e 92,3% na coluna e pescoço. Observando os membros afetados, para DO, a coluna é a parte com mais desconforto (57,1%), seguido do pescoço (54,9%), em terceiro os ombros (50,5%) e em quarto os punhos (40,7%). Já para o grupo LER/DORT, a parte do corpo mais afetada por desconforto é o ombro (89%), seguido do pescoço (83,5%), punhos (80,2%) e as mãos (74,7%). Através do teste qui-quadrado (χ^2), constatou-se que as diferenças nos percentuais por grupo são bastante significativas para todas as partes do corpo, com exceção da coluna.

Na Tabela 3, observa-se que o grupo LER/DORT tende a apresentar, em maior frequência, os tipos de desconforto do que o grupo DO, como é esperado. A dor foi a categoria que mais expressou o tipo de desconforto assinalado nas partes do corpo (84,1%),

Tabela 2

Localização do Desconforto Osteomuscular numa amostra de bancários da Bahia, 2013

| Partes do corpo onde sentem o desconforto | DO (91) | LER/DORT (91) | χ^2 | gl | Total (182) |
|---|-----------|---------------|----------|----|-------------|
| | n (%) | n (%) | | | n (%) |
| Desconforto na coluna e pescoço | 72 (79,1) | 84 (92,3) | 6,46* | 1 | 156 (85,7) |
| Desconforto nos membros | 77 (84,6) | 91 (100) | 15,17** | 1 | 168 (92,3) |
| Mãos | 23 (25,3) | 68 (74,7) | 44,51** | 1 | 91 (50,0) |
| Punhos | 37 (40,7) | 73 (80,2) | 29,78** | 1 | 110 (60,4) |
| Antebraço | 14 (15,4) | 50 (54,9) | 31,23** | 1 | 64 (35,1) |
| Cotovelos | 9 (9,9) | 61 (67,0) | 62,77** | 1 | 70 (38,5) |
| Coluna | 52 (57,1) | 61 (67,0) | - | - | 113 (62,1) |
| Braços | 16 (17,6) | 63 (69,2) | 49,41** | 1 | 79 (43,4) |
| Ombro | 46 (50,5) | 81 (89,0) | 31,92** | 1 | 127 (69,8) |
| Pescoço | 50 (54,9) | 76 (83,5) | 17,44** | 1 | 126 (69,2) |

*p < 0,05; **p < 0,001

sendo que no grupo LER/DORT o percentual foi maior (94,5%) do que no grupo DO (73,6%), sendo esta diferença significativa ($\chi^2 = 14,81$ (1), p < 0,001). “Cansaço” é a segunda categoria mais referida (61,5%), seguido “de sensação de dolorido” (61,5%).

Apesar da primeira categoria Dor ser a mesma para os dois grupos, a ordem não se repete para as outras categorias mais referidas nos grupos. Em DO, em segundo lugar vem Cansaço, Sensação de dolorido e Perda da força, respectivamente com 50,1%, 46,2% e 34,1%. Já para LER/DORT, a segunda categoria mais assinalada para descrever o desconforto foi Perda de força, depois, empatados, Sensação de dolorido e Formigamento, respectivamente com 82,4%, 76,9% e 76,9%. Todas as diferenças de percentagem entre os grupos DO e LER/DORT são significativas pelo teste do qui quadrado (χ^2), como é possível observar na Tabela 3. Isso reforça que os dois grupos não podem ser reunidos como se tratasse de uma massa homogênea com as mesmas características e mesmo quadro sintomático.

A maioria do grupo DO avaliou o grau do desconforto como sendo moderado (51,6%) ou leve (34,1%), enquanto que no grupo LER/DORT assinalou-se percentuais menores nesses graus, apenas 28,6% e 2,2%, respectivamente, ficando, em sua maioria, avaliando o desconforto como forte (41,8%) ou muito forte (12,1%) (Tabela 3). Essas diferenças são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 69,74$ (4), p < 0,001). Observa-se que, entre os primeiros, não há o grau insuportável assinalado, diferentemente dos últimos, dos quais 15,4% avaliaram o desconforto como insuportável. Soma-se a isso a informação de que, no grupo LER/DORT, o desconforto tem mais de dois anos para 95,6% dos casos, enquanto que

apenas 45,1% dos casos do grupo DO encontram-se há mais de dois anos sentindo os sintomas. Essa diferença é significativa ($\chi^2 = 56,74$ (6), p < 0,001).

Na Tabela 4, observa-se que 87,8% dos bancários avaliaram que o desconforto começou no trabalho atual, sendo que foi insignificante a diferença de percentagem entre os grupos, nessa questão. Também foi insignificante a diferença entre grupos para o item “o desconforto melhora com repouso”, sendo que 86,2% dos bancários avaliaram que o desconforto melhora com repouso. Já para todas as outras questões, houve diferença estatisticamente significativa, entre os grupos, na frequência apresentada. Enquanto todos do grupo LER/DORT (100%) afirmaram que o desconforto aumenta com o trabalho, a percentagem do grupo “DO” foi significativamente menor, 81,3% ($\chi^2 = 18,75$ (1), p < 0,001).

O desconforto afetou completamente outras atividades fora do trabalho para 40,7% dos diagnosticados e afetou completamente a produtividade de 39,6% deles, levando 47,3% a tomarem remédios para poder trabalhar e 94,5% já fizeram algum tratamento médico. O desconforto afetou muito menos outras atividades fora do trabalho para o grupo DO: apenas 5,5% foram afetados completamente e 57,1% um pouco. O mesmo padrão se repetiu para a produtividade, que foi afetada completamente apenas para 2,2%, assim como apenas 5,5% afirmaram que tomam remédio para poder trabalhar e 33% já fizeram algum tratamento médico para cuidar do desconforto. Esses dados apontam para uma situação esperada em que o desconforto daqueles que já têm o diagnóstico impacta mais diretamente no trabalho e até mesmo em atividades fora do expediente.

Tabela 3

Tipo de desconforto osteomuscular, grau de desconforto e tempo de dor numa amostra de bancários da Bahia, 2013.

| Variável | DO (91) | LER/DORT (91) | χ^2 | gl | Total (182) |
|-------------------------------------|-----------|---------------|----------|----|-------------|
| | n (%) | n (%) | | | n (%) |
| Formigamento | 24 (26,4) | 70 (76,9) | 46,56* | 1 | 94 (51,6) |
| Sensação de dolorido | 42 (46,2) | 70 (76,9) | 18,20* | 1 | 112 (61,5) |
| Perda de força | 31 (34,1) | 75 (82,4) | 43,74* | 1 | 106 (58,2) |
| Peso | 27 (27,7) | 51 (56,0) | 12,92* | 1 | 78 (42,9) |
| Dormente | 19 (20,9) | 68 (75,6) | 54,19* | 1 | 87 (48,1) |
| Estalos | 20 (22,0) | 46 (50,5) | 16,07* | 1 | 66 (36,3) |
| Dor | 67 (73,6) | 86 (94,5) | 14,81* | 1 | 153 (84,1) |
| Choques | 9 (9,9) | 58 (63,7) | 56,71* | 1 | 67 (36,8) |
| Cansaço | 46 (50,1) | 66 (72,5) | 9,29* | 1 | 112 (61,5) |
| Grau de desconforto | | | 69,74* | 6 | |
| Leve | 31 (34,1) | 2 (2,2) | | | 33 (18,13) |
| Moderado | 47 (51,6) | 26 (28,6) | | | 73 (40,10) |
| Forte | 11 (12,1) | 38 (41,8) | | | 49 (26,92) |
| Muito Forte | 1 (1,1) | 11 (12,1) | | | 12 (6,59) |
| Insuportável | - | 14 (15,4) | | | 14 (7,69) |
| Há quanto tempo sente o desconforto | | | 56,74* | 4 | |
| 1 a 3 meses | 21 (23,1) | - | | | 21 (11,53) |
| 3 meses a 2 anos | 28 (30,8) | 4 (4,4) | | | 32 (17,58) |
| Mais de 2 anos | 41 (45,1) | 87 (95,6) | | | 128 (70,32) |

*p < 0,001.

Tabela 4

Desconforto osteomuscular e relação com o trabalho, entre bancários da Bahia, 2013.

| Variável | DO (91) | LER/DORT (91) | χ^2 | gl | Total (182) |
|---|-----------|---------------|----------|----|-------------|
| | n (%) | n (%) | | | n (%) |
| O desconforto começou no trabalho atual | 77 (84,6) | 82 (90,1) | | | 159 (87,84) |
| O desconforto aumenta com o trabalho | 74 (81,3) | 91 (100) | 18,75* | 1 | 165 (90,6) |
| O desconforto melhora com o repouso | 81 (89,0) | 76 (83,5) | | | 157 (86,2) |
| O desconforto afetou outras atividades fora do trabalho | | | 48,10* | 2 | |
| Não | 34 (37,4) | 4 (4,4) | | | 38 (20,9) |
| Um pouco | 52 (57,1) | 50 (54,9) | | | 102 (56,0) |
| Completamente | 5 (5,5) | 37 (40,7) | | | 42 (23,1) |
| O desconforto afetou a produtividade no trabalho | | | 64,96* | 2 | |
| Não | 51 (56,0) | 7 (7,7) | | | 58 (31,9) |
| Um pouco | 38 (41,8) | 48 (52,7) | | | 86 (47,2) |
| Completamente | 2 (2,2) | 36 (39,6) | | | 38 (20,1) |
| Tem tomado remédio para poder trabalhar | | | 71,52* | 3 | |
| Não | 60 (65,9) | 9 (9,9) | | | 69 (37,9) |
| Às vezes | 26 (28,6) | 39 (42,9) | | | 65 (35,7) |
| Frequentemente | 5 (5,5) | 26 (28,6) | | | 31 (17,0) |
| Sempre | - | 17 (18,7) | | | 17 (9,3) |
| Já fez algum tratamento médico | 30 (33,0) | 87 (95,6) | 75,77 | 1 | 117 (65,0) |

*p < 0,001.

É importante ressaltar que o desconforto melhora com o repouso para a maioria dos bancários analisados, independentemente de ter ou não o diagnóstico, indicando a necessidade de repensar a carga de trabalho e ações de prevenção para qualificar as pausas no trabalho, com o efetivo descanso e relaxamento através de técnicas adequadas.

Dentre os fatores sociodemográficos que estão amplamente relacionados com a saúde do trabalhador, encontra-se a escolaridade. A Tabela 5 apresenta os grupos pela ocorrência de sintomas e diagnóstico de LER/DORT, de acordo com a escolaridade. Somando-se o percentual de bancários com nível superior incompleto (16,4%) ou completo (46,8%) ou com pós-graduação (20,9%), obteve-se o somatório de 84%. Entre aqueles com LER/DORT, essa percentagem cai para 70% e sobe para uma percentagem em torno de 94% para aqueles que não são acometidos. Isso indica uma menor escolaridade para aqueles com a síndrome.

Em termos de probabilidade, um bancário dessa amostra que tem apenas o segundo grau possui 2,12 vezes mais probabilidade de ter um diagnóstico de DORT do que aquele que possui de nível superior incompleto até pós-graduação. Em números absolutos, apenas 64 dos 175 bancários acima do ensino

médio (36,6%) acusaram diagnóstico por LER/DORT, enquanto que 27 de 35 daqueles com apenas ensino médio (77,1%) acusaram o diagnóstico.

Outro dado referente à escolarização foi que apenas 7,7% dos que tem diagnóstico de LER/DORT encontravam-se estudando, uma percentagem significativamente inferior aos 22,9% do grupo SS e 39,3% do grupo DO. Esse dado pode ser explicado, em parte, pelo fato de ser esperado que, com a idade, há uma tendência, em algumas profissões, de haver uma parada dos estudos. Em termos de probabilidade, um bancário dessa amostra que não estava estudando tem uma probabilidade 3,84 vezes maior de ter diagnóstico de LER/DORT do que seus colegas que estavam estudando. Em números absolutos, dos 153 bancários que não estavam estudando, 72 (47,1%) têm o diagnóstico, enquanto que, dos 49 bancários que se encontram estudando, apenas seis (12,2%) relataram o diagnóstico. Esse resultado pode indicar que com o diagnóstico, as condições para manter mais uma atividade que demanda esforço ficam ainda mais desfavoráveis, dificultando até mesmo a continuidade dos estudos. Porém, a probabilidade de ter algum sintoma de DORT (grupo DO) foi cerca de duas vezes maior para quem estava estudando, ou seja, dos 153 que não

Tabela 5
Escolaridade, salário e cargo numa amostra de bancários da Bahia, 2013

| Variável | SS | DO | LER/DORT | χ^2 | gl | Total |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|----------|----|------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | | N (%) |
| | 38 (17,3) | 91 (41,4) | 91 (41,4) | | | 220 (100) |
| Escolaridade | | | | 31,63* | 8 | |
| Ensino médio | 2 (5,3) | 6 (6,6) | 27 (29,7) | | | 35 (15,9) |
| Superior incompleto | 4 (10,5) | 23 (25,3) | 9 (9,9) | | | 36 (16,4) |
| Superior completo | 19 (50) | 44 (48,4) | 40 (44) | | | 103 (46,8) |
| Pós-graduação | 13 (34,2) | 18 (19,8) | 15 (16,5) | | | 46 (20,9) |
| Está estudando | | | | 22,69* | 2 | |
| Não | 27 (77,1) | 54 (60,7) | 72 (92,3) | | | 153 (75,7) |
| Sim | 8 (22,9) | 35 (39,3) | 6 (7,7) | | | 49 (24,3) |
| Não declarou | 3 | 2 | 13 | | | 18 |
| Cargo | | | | | | |
| Cargo técnico | 8 (21,1) | 28 (31,1) | 25 (27,8) | | | 61 (28,0) |
| Gerente | 20 (52,6) | 32 (35,6) | 23 (25,6) | | | 75 (34,4) |
| Supervisor | 3 (7,9) | 3 (3,3) | 14 (15,6) | | | 20 (9,2) |
| Caixa | 7 (18,4) | 21 (23,3) | 15 (16,7) | | | 43 (19,7) |
| Outro | 0 (0) | 7 (7,6) | 14 (14,4) | | | 21 (8,7) |

*p < 0,001.

estavam estudando, 54 relataram sintomas (35,3%), enquanto que, dos 49 que encontravam-se estudando, 35 (71,4%) relataram sintomas. Já em relação ao grupo SS, a probabilidade de ter sido enquadrado nele não se revelou associada com a condição de estar estudando, ou seja, a probabilidade de estar estudando e ser saudável, em relação aos sintomas de DORT, foi a mesma da de não estar estudando. Em números absolutos, dos 153 que não estão estudando, 27 (17,6%) não relataram nenhum tipo de sintoma, enquanto que, dos 49 que estão estudando, oito (16,3%) também não relataram sintomas.

A pesquisa de Ribeiro (1999), de um banco estatal de São Paulo, obteve uma amostra de 503 acometidos por LER/DORT, na qual 66% deles possuíam nível superior incompleto ou completo. Naquela época, em 1994, ainda existiam 6% com apenas o ensino fundamental e 29% com o ensino médio. Nesse mesmo banco de São Paulo, no ano de 1994, dos 34.843 bancários, 13,8% ainda tinham apenas o ensino fundamental e 49,8% apenas o ensino médio. Mesmo com as diferenças regionais e temporais entre essa amostra paulista e a deste estudo na Bahia, a escolaridade é similar apenas para os que foram diagnosticados com LER/DORT, pois 29,7% ainda possuem apenas o ensino médio. Já entre os que não são acometidos, apenas cerca de 6% têm apenas o ensino médio, mas a maioria absoluta (94%) possui pelo menos o 3º grau incompleto. Destaca-se também o percentual significativo de bancários com pós-graduação (20,9% para DO e 34,2% para SS). Enfim, no presente estudo, a baixa escolaridade está relacionada com o aumento da chance de ser diagnosticado.

Apesar do aumento da escolaridade do bancário nos últimos anos, 45% da amostra afirmaram que apenas o ensino médio seria o nível de qualificação requerido para seu trabalho em termos de treinamento formal sendo que, destes últimos, 63,3% são caixas ou ocupam funções técnicas. Já entre os 35,3% que afirmaram que o ensino superior é o nível requerido, 71,4% deles ocupam cargo de gerência ou de supervisão. Portanto, os gerentes e supervisores, em sua maioria, acreditam na necessidade de ensino superior, enquanto que os caixas e os cargos técnicos tendem a afirmar que é necessário apenas o ensino médio.

Ainda de acordo com a Tabela 5, comparando as informações entre quem já foi diagnosticado com LER/DORT e o cargo que ocupa, é possível obser-

var que 27,8% ocupam um cargo técnico, 25,6% são gerentes, 15,6% são supervisores e 16,7% são caixas. Essa distribuição da síndrome pelos cargos pode ser reflexo do fato de que todos os bancários se tornaram digitadores e sobrecarregados com diversas funções que provocam os sintomas. Já os caixas aparecem em menor número talvez pelo fato de que bancários com LER/DORT tendem a ser remanejados para outras funções para evitar a exposição mais prolongada à repetição.

Considerações Finais

Este trabalho buscou apresentar dados para discutir a noção de LER/DORT, que, apesar de não se constituir em um conceito bem delimitado e preciso, possui a capacidade de categorizar os trabalhadores que mais sofrem, produzindo um grupo específico de trabalhadores que afirmaram terem sido diagnosticados por algum médico e relataram maior sofrimento do que aqueles que não acusaram nenhum diagnóstico. Os resultados apontaram para uma maior intensidade de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho entre aqueles que já foram diagnosticados com LER/DORT, assim como já sentem esses sintomas há mais tempo e com mais tipos de descritores da dor. Coerente com o esperado, aqueles que têm o diagnóstico foram os que mais tiveram a produtividade e as atividades fora do trabalho afetadas. As LER/DORT ainda permanecem como um dos maiores problemas de saúde pública relacionados à incapacitação ao trabalho. As empresas precisam colaborar no sentido de promover ações que estimulem a prevenção das dores e desconfortos osteomusculares, além de favorecer a vigilância na construção de um ambiente saudável no contexto laboral.

Esses resultados levaram à investigação dos aspectos sociodemográficos da amostra e constatarem diferenças significativas, entre os grupos, em relação à escolaridade, idade, estado civil e sexo. Entretanto, algumas variáveis apresentaram um efeito contraditório associado aos sintomas de DORT devido à diferenciação daqueles que tem diagnóstico e dos que não têm diagnóstico de LER/DORT. A idade, por exemplo, revelou-se um desafio à compreensão. Pela média de idade dos que afirmaram terem sido diagnosticados foi possível perceber que já eram adultos na década de 1990, sendo que muitos deles já estavam trabalhando. Portanto, foi uma geração que vivenciou toda onda de

demissões, transformações tecnológicas e também o exponencial crescimento de casos de LER entre bancários no Brasil. Já a média de idade dos que apenas têm sintomas de DORT, mas sem diagnóstico médico, nos leva a pensar sobre outra geração que começou a trabalhar na primeira década deste século. Entretanto, a média de idade dos “trabalhadores saudáveis” tornaram as associações com os fenômenos de desconforto osteomuscular relações não lineares e mais complexas de serem analisadas, deixando muitas questões em aberto. Por outro lado, o fato que se mostrou quase unânime foi que o descanso melhora o desconforto de quem sente os sintomas, independentemente de ter ou não o diagnóstico, indicando a necessidade da vigilância quanto à carga de trabalho e à qualidade das pausas durante a jornada laboral. Isso também implica no compromisso das empresas em promover ações de prevenção e construção de um ambiente sadio.

Similar ao que aconteceu com a idade, o tempo de serviço revelou a mesma ambiguidade. O tempo de serviço dos trabalhadores saudáveis ficou “a meio caminho” entre os que apenas sentem distúrbios osteomusculares e aqueles que possuem diagnósticos. Isso gerou a situação contraditória em que o tempo de serviço pode ser considerado fator de exposição ao risco de diagnóstico, mas poderia também refrear os sintomas osteomusculares. Certamente não há uma relação linear entre sintomas osteomusculares e tempo de serviço, quando controlada a condição de saúde através do autorrelato de diagnóstico.

A escolaridade também apontou grupos distintos, sendo que a baixa escolarização esteve associada com o aumento da probabilidade de diagnóstico, na amostra estudada. Esse fator está associado com a qualificação do trabalhador e, consequentemente, com a ocupação de cargos menos repetitivos com maiores possibilidades de promoção e recompensa. Talvez, essa seja uma via de explicação da associação da escolaridade com as LER/DORT, uma vez que os resultados positivos dos estudos tendem a diminuir o estresse e, consequentemente, os sintomas osteomusculares.

O conceito de “diagnóstico de LER” pode não ter um registro médico correspondente no CID-10, mas produziu uma categoria distinta entre os bancários dessa amostra, demonstrando que a dimensão da construção social da doença não deve ser posta de lado e sim ser objeto de aprofundamento e levan-

tamento de hipóteses. Um efeito psicológico a ser considerado, em alguns casos, é que depois de “rotulado” pelo signo da “doença”, muitas consequências negativas podem repercutir sobre o sujeito e levar ao recrudescimento dos sintomas, além do desenvolvimento do “papel de doente”, reforçado socialmente. Isso pode conduzir a um beco sem saída, que significa sintomas crônicos.

Em pesquisas futuras, pode ser agregada a avaliação médica independente para confirmar a presença de alguma “entidade nosológica” validada pela tradição médica e compreender como é transformado o diagnóstico médico em diagnóstico de LER/DORT. Na presente amostra não foi possível distinguir entre aqueles que têm diagnósticos específicos, encontrados no CID-10, como tendinite, tenossinovite e Síndrome do Túnel do Carpo, e aqueles que apenas têm sintomas osteomusculares inespecíficos.

Assim, a separação em grupos distintos foi um esforço para compreender a complexidade dessa síndrome diante da imprecisão conceitual. Estudos longitudinais podem ser traçados para avaliar quais casos de trabalhadores com sintomas de DORT evoluem para a categoria de “diagnosticados com LER/DORT”. Dessa forma, seria possível analisar, com maior propriedade, relações de causalidade e de moderação. O diagnóstico, muitas vezes, produz o remanejamento e reabilitação em outras funções bancárias, que não a de caixa, alterando os fatores psicossociais e ergonômicos. Essas mudanças, aliadas à cronicidade dos sintomas, ao longo do tempo, constituem oportunidades de analisar fatores de moderação que precisam ser estudados em detalhes.

A terminologia do fenômeno, atualmente, destaca os fatores fisiológicos e biológicos. Os fatores psicossociais e psicológicos ficam apenas implícitos na noção de “distúrbios”, que no senso comum acaba remetendo basicamente para a construção de uma noção da síndrome como “um corpo físico que é capturado pela dor”. É possível que entre em discussão a incorporação, na própria terminologia, desses outros fatores fundamentais. Mas as pesquisas ainda precisam amadurecer para produzir evidências do efetivo papel que tais fatores exercem e fundamentar os mecanismos pelos quais eles produzem efeitos, a começar pelo efeito social significativo que a palavra denominada para uma síndrome pode produzir na construção do fenômeno e na saúde do sujeito.

Referências

- Armstrong, T. J., Buckle, P., Fine, L. J., Hagberg, M., Jonsson, B., Kilbom, A. et al. (1993). A conceptual model for work-related neck and upper-limb musculoskeletal disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 19(2), 73-84.
- Brasil. (2001). *Diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e fisiopatologia das LER/DORT*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Previdência Social. (2003, 10 dez.). *Instrução Normativa nº 98, de 5 de dezembro de 2003*. Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos - LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT. *Diário Oficial da União*.
- Chiavegato Filho, L. G., & Pereira Junior, A. (2004). LER/DORT: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. *Interface (Botucatu)*, 8(14), 149-162. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100009>
- Cioffi, D. (1996). Somatic interpretation in cumulative trauma disorders: a social cognitive analysis. In Steve Sauter, & S. D. Moon (Eds.), *Beyond biomechanics: psychosocial aspects of musculoskeletal disorders in office work* (pp. 313). London: CRC Press.
- Cordeiro, S. M., Araújo, T. M., Almeida, M. M. G., & Santos, K. O. B. (2011). Características sociodemográficas e condições de saúde da população urbana de Feira de Santana, Bahia: análise de diferenciais de gênero. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(1), 9-27.
- Couto, H. A. (2007). *Gerenciando a LER e os DORT nos tempos atuais*. Belo Horizonte, MG: Ergo.
- Couto, H. A. (2000). *Novas perspectivas na abordagem preventiva das LER/DORT: Fenômeno LER/DORT no Brasil: natureza, determinantes e alternativas das organizações e dos demais atores sociais para lidar com a questão*. Belo Horizonte: UFMG/FACE.
- Elkeles, T., & Seligmann-Silva, E. (2010). Trajetórias recentes dos distúrbios osteomusculares em dois contextos nacionais – Brasil e Alemanha. In D. M. R. Lina, & L. E. Rocha (Eds.), *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática* (pp. 302-334). São Paulo, SP: Rocca.
- Gerr, F., Letz, R., & Landrigan, P. J. (1991). Upper-extremity musculoskeletal disorders of occupational origin. *Annual Review of Public Health*, 12, 543-566. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.12.050191.002551>
- Ghisleni, A. P., & Merlo, Á. R. C. (2005). Trabalhador contemporâneo e patologias por hipersolicitação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 171-176. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000200004>
- Gravina, M. E. R., & Rocha, L. E. (2006). Lesões por esforços repetitivos em bancários: reflexões sobre o retorno ao trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 9(2), 41-55. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v9i2p41-55>
- Higgs, P. E., & Mackinnon, S. E. (1995). Repetitive motion injuries. *Annual Review of Medicine*, 46(1), 1-16. <https://doi.org/10.1146/annurev.med.46.1.1>
- Hooftman, W. E., Beek, A. J., M., B. P., & Mechelen, W. (2009). Is there a gender difference in the effect of work-related physical and psychosocial risk factors on musculoskeletal symptoms and related sickness absence? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35(2), 85-95.
- Huang, G. D., Feuerstein, M., & Sauter, S. L. (2002). Occupational stress and work-related upper extremity disorders: concepts and models. *American Journal of Industrial Medicine*, 41(5), 298-314. <https://doi.org/10.1002/ajim.10045>
- Ireland, D. C. (1995). Repetition strain injury: the Australian experience: 1992 update. *The Journal of Hand Surgery*, 20(3 Pt 2), S53-56. [https://doi.org/10.1016/S0363-5023\(95\)80170-7](https://doi.org/10.1016/S0363-5023(95)80170-7)
- Kiesler, S., & Finholt, T. (1988). The mystery of RSI. *American Psychologist*, 43(12), 1004-15.
- Kilbom, Å., & Messing, K. (1998). Aches and pains: an affliction of women: work-related musculoskeletal disorders. In Å. Kilbom, Messing K, & C. Bildt Thorbjörnsson (Eds.), *Women's health at work*. (pp. 203-227). Solna: National Institute of Working Life.
- Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sorensen, F., Andersson, G et al. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics*, 18(3), 233-237.
- Lima, M. A. G., Neves, R., Sá, S., & Pimenta, C. (2005). Atitude frente à dor em trabalhadores de atividades ocupacionais distintas: uma aproximação da psicologia cognitivo-comportamental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 163-173. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100023>

- Lima, M. E. A. (1998). A LER no setor bancário. In M. E. A. Lima, J. N. G. Araújo, & F. O. A. Lima (Eds.), *LER: dimensões ergonômicas e psicossociais* (pp. 52-107). Belo Horizonte, MG: Health.
- Lima, M. E. A., Araújo, J. N. G., & Lima, F. P. A. (1998). *L.E.R.: dimensões ergonômicas e psicossociais*. Belo Horizonte, MG: Health.
- Lucire, Y. (2003). *Constructing RSI: belief and desire*. Sydney: University of New South Wales Press.
- Milliken, J., & Colohan, G. (2004). Quality or control? Management in higher education. *Journal of Higher Education Policy & Management*, 26(3), 381-391. <https://doi.org/10.1080/1360080042000290221>
- Moraes, P. W. T. (2014). O processo da LER/DORT: o efeito dos fatores psicossociais e dos vínculos com a carreira nos sintomas de LER/DORT entre bancários da Bahia. (Doutorado), UFBA, Salvador.
- Moraes, P. W. T., & Bastos, A. V. B. (2013). As LER/DORT e os fatores psicossociais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(1), 1-19.
- Oliveira, J. T. (1999). LER - Lesão por Esforço Repetitivo: um conceito falho e prejudicial. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 57(1), 126-131. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000100025>
- Reilly, P. A. (1995). 'Repetitive strain injury': from Australia to the UK. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(6), 783-788. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(95\)00030-M](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(95)00030-M)
- Ribeiro, H. P. (1999). A violência oculta do trabalho: as lesões por esforços repetitivos. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Rossi, E. Z. (2008). *Reabilitação e reinserção no trabalho de bancários portadores de LER/DORT : análise psicodinâmica* (Tese de doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Sato, L. (2001). LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), 147-152. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100015>
- Sato, L., Lacaz, F. A. C., & Bernardo, M. H. (2006). Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(3), 281-288. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300005>
- Sauter, S. L., & Swanson, N. G. (1996). An ecological model of musculoskeletal disorders in office work. In Steve Sauter, & S. D. Moon (Eds.), *Beyond biomechanics: psychosocial aspects of musculoskeletal disorders in office work* (pp. 336). Bristol: CRC Press.
- Siena, C., & Helfenstein Junior, M. (2009). Equívocos diagnósticos envolvendo as tendinites: impacto médico, social, jurídico e econômico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 49(6), 712-725. <https://doi.org/10.1590/S0482-50042009000600008>
- Toledo, F. O., Barros, P. S., Herdman, M., Vilagut, G., Reis, G. C., Alonso, J. et al. (2013). Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian version of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(1), 121-130. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.07.017>
- Unruh, A. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65(2-3), 123-167.
- Verthein, M. A. R., & Minayo-Gomez, C. (2000). A construção do "sujeito-doente" em LER. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 7(2), 329-347. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702000000300005>
- Verthein, M. A. R., & Minayo-Gomez, C. (2001). As armadilhas: bases discursivas da neuropsiquiatria das LER. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2), 457-470. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200015>
- Wells, R. (2009). Why have we not solved the MSD problem? *Work*, 34(1), 117-121. <https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0937>

Paulo Wenderson Teixeira Moraes

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (1999) e mestrado em Administração pela Universidade Federal da Bahia (2003). Tem experiência de docência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia do Trabalho e Organizacional, e na área de Psicologia da Educação. Doutorando em Psicologia pela UFBA. Professor Adjunto de Psicologia do Departamento de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Estadual de Feira de Santana. E-mail: pwmoraes@yahoo.com

Antonio Virgílio Bittencourt Bastos

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (1976), mestrado em Educação pela Universidade Federal da Bahia (1982) e doutorado em Psicologia pela Universidade de Brasília (1994), com concentração em Psicologia Organizacional e do Trabalho. Atualmente é professor titular de Psicologia Social das Organizações, no Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia. Foi membro do Conselho Federal de Psicologia (1984-1988), sendo presidente em 1986. Atuou como membro da comissão de especialistas em ensino de Psicologia do MEC/SESu (1994–2000). Foi membro do CA de Psicologia do CNPq, da Comissão de Psicologia do INEP e da comissão de área da Psicologia na CAPES. Atualmente é Coordenador da Área de Psicologia da Capes e membro, no INEP, da Comissão de Psicologia para o Enade. Pesquisador I-A do CNPq, atuando principalmente em temas da área de Comportamento Organizacional, a exemplo de: comprometimento no trabalho, mudanças organizacionais, significado do trabalho, cognições organizacionais, mapas cognitivos e redes sociais em contextos organizacionais. E-mail: antoniovirgiliobastos@gmail.com

Endereço para envio de correspondência:

Universidade Estadual de Feira de Santana, DCHFE, Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte CEP 44036-900 - Feira de Santana - Bahia

Recebido: 02/06/2016

Reformulação: 08/02/2017

Aprovado: 02/08/2017

Received: 06/02/2016

Reformulated: 02/08/2017

Approved: 08/02/2017

Recebido: 02/06/2016

Reformulado: 08/02/2017

Aceptado: 02/08/2017

Como citar: Moraes, P. W. T., & Bastos, A. V. B. (2017). Os sintomas de LER/DORT: um estudo comparativo entre bancários com e sem diagnóstico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(3), 624-637. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001862016>

Howto cite: Moraes, P. W. T., & Bastos, A. V. B. (2017). The symptoms of RSI/WMSD: a comparative study among Bahia's banks clerk with and without diagnosis. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(3), 624-637. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001862016>

Cómo citar: Moraes, P. W. T., & Bastos, A. V. B. (2017). Los síntomas de RSI / WMSD: un estudio comparativo entre empleados de bancos da Bahia con y sin diagnóstico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(3), 624-637. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001862016>