

DOENÇAS OCUPACIONAIS E VELHICE: IMPACTOS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

Sayonara R. Calazans de Carvalho¹
Eurisa Maria de Santana²

Resumo. Este estudo tem como foco central implicações do trabalho sobre o corpo, favoráveis as doenças ocupacionais, comprometedoras da saúde do trabalhador e que tendem a antecipar o processo de envelhecimento. Orientado por uma abordagem biopsicossocial, a investigação buscou identificar indicadores de envelhecimento funcional no processo da DORT. Sob essa concepção, realizou-se pesquisa qualitativa, utilizando a técnica de entrevista semi-estruturada, sistematizada através de relatos da vida de pacientes previamente diagnosticados com DORT e também, de observação participante. Assim, foram observadas as condições de trabalho de oito sujeitos da pesquisa, escolhidos conforme a função laboral anteriormente exercida, causadora direta da DORT. Os resultados do estudo apontam a doença ocupacional como facilitadora do envelhecimento funcional. Nesse sentido, este trabalho pode subsidiar a atenção sobre a importância e necessidade de reestruturação do trabalho, ou de sua reorganização, levando em consideração a existência da pessoa, ser humano não fragmentado, inte-

1 Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia Social. Diretora da Clínica de Fisioterapia Equilíbrio. Itabuna, Bahia

2 Psicóloga, Professora Assistente, Coordenadora da área de Recursos Humanos da UESC,

rior. Vale ressaltar que a própria sociedade representada cujo corpo, ao submeter-se cotidianamente ao gravo da saúde no trabalho, compromete o trabalho o processo normal de envelhecimento do indivíduo. Aponta para a possibilidades de ampliação de estudos, em fisioterapia, do envelhecimento observando a saúde do trabalhador, proporcionando, preventivamente, um trabalho saudável, de um envelhecimento saudável, uma sociedade saudável.

Palavras Chaves: envelhecimento, doença ocupacional, saúde do trabalhador, DORT.

Abstract. This study it has as central focus implications of the work on the body, favorable the occupational, comprometedoras illnesses of the health of the worker and that they tend to anticipate the aging process. Guided for a biopsicossocial boarding, the inquiry searched to identify pointers of functional aging in the process of the DORT. Under this conception, qualitative research was become fulfilled, using the technique of half-structuralized, systemize interview through stories of the life of patients previously diagnosed with DORT and also, of participant comment. Thus, the conditions of work of eight citizens of the research had been observed, chosen as the labor function previously exerted, causing direct of the DORT. The results of the study point the occupational illness as facilitator of the functional aging. In this direction, this work can subsidize the attention on the importance and necessity of reorganization of the work, or its reorganization, leading in consideration the existence of the person, not broken up, interior human being. Valley to stand out that the proper represented society whose body, when submitting itself daily I record to it of the health in the work, compromises the work the normal process of

aging of the individual. It points with respect to the possibilities of magnifying of studies, in physiotherapy, of the aging observing the health of the worker, providing, preventively, a healthful work, of a healthful aging, a healthful society.

Keywords: aging, occupational illness, health of the worker, DORT

INTRODUÇÃO

O trabalho é uma marca na existência do homem, pois a maior parte do seu tempo é despendido em alguma atividade produtiva. Também é ele que o insere no sistema de relações sociais e psicológicas e faz do corpo seu instrumento, penetrando na vida psicológica e emocional.

É comum encontrar na literatura argumentos sobre a dissociação entre o próprio corpo humano e a mente, por força da fragmentação do homem na lida diária, robotizado que fica pela máquina. No final do século XIX, a Revolução Industrial se insere nesse contexto transformando o artesão em operário, passando de uma atividade criativa, livre, para uma repetitiva. O homem passa a ser uma mercadoria, em que o corpo representa a força do trabalho, o produto vendido (COSTA, 2001). No século XX, o ano de 1968 é marcado por greves, insatisfação dos empregados, luta por melhores condições de trabalho; o slogan “mudar

a vida” é propagado, refletindo a necessidade de reestruturá-la. A mecanização e burocratização promovem a desumanização da labuta. (DEJOURS, 1987). O trabalho repetitivo mecaniza os movimentos de tal forma que mesmo distante, nos períodos de lazer, o indivíduo mantém o hábito adquirido e às vezes se percebe “teclando” ou “parafusando” uma peça, tal a integração máquina-homem. Esse sistema favorece o individualismo, na monotonia da tarefa e na ausência pelo som do funcionamento da máquina. Porém, há uma vivência coletiva comum: o corpo adoecido, os sintomas de uma atividade rígida e fragmentada. A presença de doenças ocupacionais, psicossomáticas ou não, é um indicador de saúde também da empresa, não apenas em termos higiênico-sanitários, mas também de saúde social, o que pode comprometer o indivíduo biologicamente (MELLO FILHO, 1992). As doenças psicossomáticas representam um mecanismo defensivo, em que o indivíduo transforma um problema psicológico em problema fisiológico.

A falta de sintonia entre a ergonomia e as necessidades individuais, quando não atendidas, em que as vinculações pessoa-empresa modificam-se e criam-se processos patogênicos, é denominada por Melo Filho (1992) como patologia de conflito, derivando consequências psicossomáticas³, como dores de

3 As doenças psicossomáticas representam um mecanismo de-

cabeça, dores nas costas e depressão dúbia, como sintomas mais comuns.

Quando as necessidades dos trabalhadores não estão sendo satisfeitas, eles buscam formas de ajustar-se. Mudanças que alteram o perfil do trabalhador ao alcançar, como resultado da emancipação operacional e globalização tecnológica, a redução de vagas, substituídos por máquinas; a migração do trabalhador da zona rural para a urbana; o ingresso da mulher e a inserção precoce do público jovem no mercado de trabalho; são resultados ainda carentes de um novo repensar quanto à quantidade e à qualidade desse trabalho.

As doenças ocupacionais são as respostas mais comumente encontradas pelo corpo como protesto ao mal uso feito dele. Segundo Codó & Almeida (1995), a DORT refere-se à:

afecção que podem acometer tendões, sinovias, músculos, nervos, fâscias, ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem degeneração de tecido, atingindo principalmente, porém não somente os membros superiores, região escapular e pescoço, de origem ocupacional, decorrente, de forma combinada ou não, de uso repetitivo de grupos musculares; manutenção de postura inadequada (idem, p.9).

fensivo, em que o indivíduo transforma um problema psicológico num problema fisiológico (ARGIRYS, 1975)

Trata-se de doença que surge com o exercício profissional e evolui com as condições de trabalho. Contribuindo com essa etiologia, vale ressaltar a produtividade, horas extras trabalhadas, mau relacionamento com as chefias, pausas inadequadas. Tais práticas causam tensão e contração muscular, proporcionando a fadiga, a dor e a lesão. (OLIVEIRA ET al, 1998)

2. O ENVELHECIMENTO E A DORT

O processo normal do envelhecimento se caracteriza pela diminuição da capacidade funcional dos diversos órgãos e tecidos, podendo acarretar um agravamento de doenças, na sua maioria, crônico-degenerativas. Vale ressaltar que o envelhecimento é um processo universal e natural que pode ser acelerado em decorrência de diversos fatores: genéticos, hábitos, estilos de vida influenciados pelo meio ou fatores sócio-econômicos e culturais, doenças e acidentes que colocam o indivíduo numa curva de declínio funcional, acelerando ou “antecipando” o envelhecimento. Vários pesquisadores já estimam que o número de pessoas dependentes das Atividades da Vida Diária (AVD's) tem dobrado, salientando a importância de reduzir esse quadro com prevenção, promoção e proteção de saúde. Tomando como exemplo as doen-

ças ocupacionais, é possível referenciar histórias de pessoas com dificuldade de vestir uma roupa, pentear, lavar ou secar os cabelos, tendo a dor como uma companheira desagradável, porém inseparável.

Com o avanço da idade, naturalmente passa a existir uma perda da capacidade funcional, que pode comprometer a qualidade de vida, gerando limitações em efeito cascata. A reabilitação do idoso sempre deve ser feita com o objetivo de preservar, manter, restaurar ou desenvolver as funções, seja por qualquer distúrbio, intervindo o mais precocemente possível (PAPALÉO NETTO, 1996).

Estudos mais atuais demonstram que entre as doenças que afetam idosos estão o Alzheimer e o Mal de Parkinson. As pesquisas revelam, ainda, que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica, e aproximadamente 15% pelo menos cinco. Dentre as doenças que mais levam à morte nessa faixa etária estão as cardiovasculares (36,8%), o câncer (14%) e as doenças respiratórias (12,2%). O grupo das doenças incapacitantes está definido no equivalente a 38% do total das enfermidades que acometem os idosos. Dessas, as mais comuns são incontinência urinária, distúrbios de postura e enfermidades que levam à imobilidade (IBGE, 2003).

Condições mecanizadas e escravistas são as principais propulsoras do envelhecimento funcional precoce, concepção mais recen-

te da velhice, em que independente da idade cronológica do indivíduo, ele passa a apresentar limitações de movimento e execução de tarefas em seus membros de locomoção, acrescidas de dor. Tais referências têm respaldo em experiências que comprovam que, no caso da DORT, as alterações anatômicas e fisiológicas ligadas à velhice iniciam-se anteriormente aos aspectos exteriores, manifestando-se a velhice progressivamente a partir de quarenta anos até a interrupção da vida.

Fazendo um paralelo entre envelhecimento, como processo natural da vida, e o “envelhecimento” com DORT, é preciso focalizar que o sistema muscular, osso e articulação são de grande importância num diagnóstico à velhice, visto serem esses os de maior comprometimento; com o avanço da idade, o tecido muscular atrofia, tornando-se menos elástico, altera o tônus, a força e os movimentos ficam mais lentos.

Os ossos tornam-se mais porosos e frágeis devido à perda de cálcio, mais comum em mulheres na fase da menopausa devido a fatores hormonais. As articulações sofrem uma degeneração, com desgastes do líquido sinovial, desgaste das cartilagens e calcificação dos ligamentos, favorecendo as doenças crônicas ligadas ao aparelho locomotor, mais frequente também nas mulheres.

Ocorre uma redução na altura da pessoa devido ao estreitamento das vértebras, poro-

tidade óssea, atrofia muscular comprometendo a postura e os movimentos. Na DORT, há um comprometimento considerável das estruturas ligadas ao aparelho ósteo-muscular-ligamentar com enfraquecimento, degeneração, retração muscular, limitação do movimento e dor, sintomas também identificados em processos de envelhecimento cronologicamente definidos.

Assim como o trabalho faz parte da vida, e dele depende o trabalhador, importa cuidar da saúde, cuidar do corpo, da mente, do espiritual, do social, sempre lembrando que o homem é um todo, e não partes isoladas.

O envelhecimento orgânico, em que o organismo vai aos poucos perdendo a vicissitude, a rigidez, a perfeição do seu funcionamento, diferencia-se de uma pessoa para outra. É a ciência da Gerontologia que ao estudar as “mudanças que acompanham o processo de envelhecimento do ponto de vista físico, psicológico e sociológico, preocupando-se também com a adaptação do indivíduo às várias transformações que vão ocorrendo com a idade” (ZIMMERMAM, 2000, p.16), se torna responsável por desvendar, explicar e buscar soluções de adaptações às mudanças decorrentes do acúmulo de idade.

3. O IMPACTO DA DORT SOBRE PESSOAS IDOSAS

O indivíduo em estado de tensão produz contração muscular que encurta o músculo, conduz à ruptura das fibras musculares e aumenta as pressões intramusculares, afetando mecanicamente o fluxo de sangue, causando alterações elequímicas e metabólicas. Sendo acometido diariamente, o músculo não tem tempo de se recuperar e se atrofia, prejudicando as fibras colágenas que não se alongam, tornando a superfície dos tendões áspera, podendo romper as fibras elásticas, causando necrose e inflamação, impedindo ou modificando os movimentos (OLIVEIRA ET al, 1998).

A dor passa a ser um sistema constante, chegando a prejudicar o sono, manifestando-se com formigamento nas extremidades, peso e perda da força. Vale ressaltar que nos indivíduos com DORT há uma predominância de dores nas costas, ocasionadas pelos fatores ergonômicos e biomecânicos, e pela depressão, decorrentes de aspectos psicossociais geradores de estresse.

Os relatos trazidos a seguir foram colhidos através das entrevistas abertas que foram realizadas, acrescidas da observação participante, nas quais os entrevistados relatam sua experiência e vivência no ambiente de trabalho e com a DORT, de forma a caracterizar o trabalho e a doença como experiências autobiográficas vivenciadas pelos oito sujeitos da pesquisa.

Paciente1 – 43 anos, casado, 03 filhos. *Até então, não me dava conta de que esta dor que nascera com um simples desconforto, iria influenciar e mudar significativamente minha vida para sempre, pois as sessões de RPG, Acupuntura, Quiropraxia, alongamento entre outras técnicas, assim como as dores, dormência, e as limitações passariam a fazer parte da minha vida.*

A historia do paciente 1 ressalta a caracterização proeminente da vítima da DORT: a dor. Em sua fala observa-se a luta para livrar-se do incômodo que a dor vivenciada lhe causa e da angustia da não cura. O desencanto por futuras melhoras está retratado nas decepções que afirma estar experimentando com a indeterminação do tempo de tratamento e a impotência por aceitar que o tratamento fará sempre parte de sua vida. O paciente concebe a doença como difícil de curar, de amenizar as dores, mesmo que reduzida a intensidade dos sintomas, entende parecer algo que fica impregnado na mente e no corpo, causando limitação para o resto da vida.

Nessa configuração conceitual é possível corroborar com a dor referida pelo Paciente 1, que na sua simbologia aborda a dor como um sinal registrado pelo ego de ameaça à sua integridade funcional e, aqui, poder-se-ia acrescentar, de sua integridade também moral.

O paciente 1 segue em seu relato, discor-

rendo sobre aspectos do período do seu afastamento do trabalho, da quebra das relações interpessoais, do esfriamento do clima organizacional. Passa a refletir então sobre o trabalho em sua vida e na de seu grupo, no momento de desligamento. Assim diz: *Mas, em julho de 1998 o sistema Telebrás foi privatizado e a Telebahia transformou-se em uma empresa fria e despreocupada tanto com os problemas dos empregados, quanto dos seus clientes. Sucedeu-se então uma grande transformação da empresa, com mudanças de conceitos, muitas cobranças e pouca valorização dos recursos humanos, conseqüentemente, grande pressão psicológica. E a tudo isso se somou o grande número de demissões, que de aproximadamente 500 empregados da região, em 2001 restavam cerca de 60 empregados. Pessoas que dedicaram suas vidas ao desenvolvimento de uma grande empresa estavam se vendo exploradas, desvalorizadas e descartadas.*

Nessa etapa, o sujeito 1 investigado, memoriza sobre como as mudanças no trabalho interferiram no trajeto normal e na sua qualidade relacional e de produção, deixando a atividade de ser prazerosa. Quando afirma que a transformação da empresa decretou uma grande pressão psicológica, é possível entender o que Spink (1995) aborda, citando Gustavsen, que considera positiva a relação de controle do trabalhador sobre o trabalho, contribuindo para a redução de insatisfação,

doenças mentais entre outras, capacitando-o até para enfrentar os fatores estressantes do ambiente de trabalho.

Sendo assim, o sofrimento do trabalho é vivenciado quando trabalhar requer suportar, tolerar uma situação incômoda, ultrapassar os limites pessoais, romper a familiaridade (o trabalho anterior), o poder (controle que se tinha do trabalho) e o limite subjetivo (expressão do trabalho maior que o suportável) como pode se verificar na mudança da empresa em que trabalhava o paciente 1, sentimento esse percebido nos funcionários.

Observa-se ainda, no relato do Paciente 1, que a privatização da empresa gera uma relação de frieza, falta de reconhecimento, cobranças, “perdendo” assim a satisfação em trabalhar, “apropriando-se” da doença.

As conseqüências daí decorrentes construíram como que um acelerador de mal-estar, revolta e desmotivação total, um caminho de insucesso, aparentemente sem volta, ou pelo menos sem poder de participação coletiva. A respeito, numa ratificação do processo desenvolvido na organização e vivenciado pelo paciente 1, Dejours (1994) afirma em sua abordagem que :

Quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa: a

energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão. (idem, p.29)

É o que o autor (idem) chama de síndrome confusional e que se configura numa das principais descargas emocionais para o desenvolvimento da depressão. Bosi (1994) discute tais referências ao dizer que o corpo fica menos vulnerável às tensões e aos embates motivacionais do clima organizacional quando se tem prazer pelo que se faz e quando esse fazer denota recompensas, sobretudo em valor qualitativo.

Paciente 2 – Bancária, divorciada, um filho, 47 anos. *Comecei a trabalhar aos 14 anos de idade, de datilógrafa, e preenchia fichas. Ganhava por quantidade de ficha preenchida e também levava ficha para casa para datilografar e assim adiantar o serviço. Trabalhei no banco com aplicação financeira, felizmente não tive perdas, sempre fui muito preocupada e organizada, alguns colegas tiveram prejuízo. Com muita frequência sentia uma rigidez no pescoço que acreditava ser torcicolo, tratava com o uso de emplasto e de relaxante muscular e após dois, três dias sentia melhora, mas não chegava a sentir necessidade de me afastar do trabalho que neste período era bastante prazeroso, porém com um grande acúmulo de tarefas. A pequena quantidade de funcionários fazia com que acumulássemos varias ativida-*

des e responsabilidades. Assim, por vários meses continuava nessa maratona e muitas vezes chegava a tomar de 3 a 4 analgésicos e relaxantes musculares por dia, pois depois comecei a sentir também muita enxaqueca; mas mesmo às vezes tendo necessidade de pedir licença ao cliente para ir ao banheiro fazer vômito, me recompor e voltar para atender, no final do dia, mesmo tendo trabalhado 10, 11, 12 horas, me sentia feliz. O exame constatou “redução na intensidade do sinal do disco intervertebral de C5 – C6, processo degenerativo na coluna cervical”. A partir daí passei a fazer RPG, fisioterapia, acupuntura e conseguia uma melhora por determinados períodos.

A carreira de digitadora precoce, como datilógrafa já aos 14 anos de idade merece destaque. Já nessa época, a paciente realizava serviço repetitivo e ganhava por produtividade. O corpo alerta as pessoas através da dor, acerca do comprometimento à saúde, porém a necessidade de manter e mostrar-se ativo, produtivo, supera os limites do corpo.

Ao relatar tomar até quatro remédios diariamente e não ter alívio da dor, esta paciente evidencia empiricamente o processo crônico, sem retorno, do agravamento à saúde em argumentos defendidos por Beauvoir (1990).

Esse comportamento confirma o que referencia Oliveira (2003, p.33), quanto à concepção do valor moral que o trabalho exerce

sobre o homem, ao afirmar que “ o ser humano será culto se trabalhar, e é a partir do trabalho que se formará cultura. É o processo e não aquisição do objeto final que interessa”.

Assim, o trabalho é sempre referido como algo que dignifica o homem, ingressa-o na sociedade, proporciona uma identidade, uma representatividade. Geralmente quando alguém se identifica diz o nome, o que faz, onde trabalha. Às vezes até uma pergunta sobre quem é você? A resposta refere-se ao que a pessoa faz enquanto profissional. A exemplo, o paciente 2, diz “bancaria, divorciada, um filho (...)”. Fica expressa a importância e a influência que o trabalho teve sobre o desenvolver de sua vida social, até mais que os aspectos econômicos. Nota-se, também, uma consciência desse paciente quanto aos efeitos maléficos que a intensidade do trabalho exerceu sobre a saúde.

É nesse aspecto que as afirmações dos entrevistados se referem aos resultados decorridos de um sistema produtivo e relacional homem-empresa focado em demasia na realização de atividades, e não na valorização do indivíduo, muitas vezes expressas na falta de respeito ao limite que este pode dispensar ao labor. Portanto, para que o ambiente de trabalho se torne mais prazeroso e em condições favoráveis à saúde do trabalhador, é necessário uma organização estrutural dos processos de produção, dos móveis e equipamentos, sobretudo do clima organizacional,

que deve ser caracterizado pelo respeito e fatores favoráveis à motivação.

Paciente 3 – casada, 01 filho, 49 anos. *Iniciei como auxiliar de serviços postais, chamado de serviços pesados. Pegava muito peso. Fiquei encabulada com o ambiente de trabalho, parecia um armazém de cacau, empoeirado e com móveis quebrados. A agência central era um pouco melhor. Trabalhava em cadeiras pesadas, altas, subia para pegar ou colocar cargas nas prateleiras, havia muita bagunça e nenhuma estrutura. Carregava até 30 kg de carga na mão pegando pacotes e entregando aos clientes. Só havia eu e o colega. Nesse período começaram as dores e hoje estou assim, cheia de dores, fazendo tratamento, sem condição de escrever, até para segurar uma sombrinha é difícil.*

A história do paciente 3 retrata o que Dejours (1987, p.4) realça, quando afirma que a “falta de higiene, esgotamento físico, acidentes de trabalhos potencializam seus respectivos efeitos e criam condições de uma alta morbidade, mortalidade e uma longevidade formidavelmente reduzida”.

Vale ressaltar, mais uma vez, a importância da organização do trabalho, o mobiliário inadequado, flexibilidade e o respeito ao limite do corpo, o excesso de peso, que segundo Pereira (2000, p. 31) sobrecarrega os discos intervertebrais favorecendo as radiculopatias

e hérnias de disco. Ao que informa o autor que “a técnica correta”: pegar peso agachado e levantar fazendo uso das pernas, dessa forma protegendo a coluna vertebral, por levar a um cansaço maior que a técnica “errada”: pegar a carga com o tronco curvado, além da acarretar problemas importantes para o joelho do trabalhador, freqüentemente é mais usada pelos pacientes que apresentam patologias decorrentes do trabalho. Atualmente, não se fala mais de técnica certa ou errada e sim de limites humanos e de cuidados fundamentais no levantamento de cargas.

Na velhice propriamente dita, as doenças degenerativas ocupam o segundo lugar. E nas pessoas acometidas com DORT/LER, essas doenças se instalam precocemente seja por excesso de carga, a falta de limites e/ou mobiliário inadequado.

Paciente 4 – 48 anos, casado e 02 filhos, bancário, aposentado por DORT há 03 anos. *Em uma das agências que trabalhei, trabalhava em torno de dez horas por dia, somava milhares de cheques, uma atividade bem repetitiva, monótona, não gostei da experiência. Entre 87 e 96 trabalhei com processamento de dados, serviço rotineiro, repetitivo e a depender dos formulários pegava de 5 a 20 kg. Sinto dores constantes nos braços, coluna e pernas. Faço fisioterapia, RPG, acupuntura, uso analgésicos, antiinflamatórios, etc. Acredito*

que tudo isso soa como medidas paliativas, pois as enfermidades são degenerativas e pre-ocupo-me com o futuro, de como estarei a alguns anos? O que a ciência está fazendo nessa área, inclusive para melhorar minha qualidade de vida? O que está sendo feito para melhorar os portadores dessas doenças? As leis trabalhistas são capazes de infringir às empresas regras de conduta que visem preservar e prevenir o desencadeamento da DORT/LER?

No depoimento do paciente 4, fica evidente a afirmação de Bosi (1994), de que o trabalho operário é uma repetição de gestos que não permite o aperfeiçoamento a não ser na rapidez e a representatividade, principalmente em horas extras, que deveriam ser estudadas seriamente como causas da morte precoce dos trabalhadores. O sujeito 4 evidencia também sua atenção (tensão) com a situação em que se encontra e questiona ações por parte do governo, das empresas e do próprio trabalhador para com a qualidade da vida ativa que vai sendo desenvolvida nos processos e tempo de produção. A indignação é ainda maior quando o paciente refere-se à doença DORT.

Fato diferenciado nesse relato é a presença de uma reflexão, quando da entrevista, sobre o processo de envelhecimento precoce e futuro. A maioria dos entrevistados nada falou ou escreveu, como se esse processo estivesse distante ou sendo preferível não pensar; uma das en-

trevistadas disse que não chegará lá e preferiu não pensar que estará dependente. Esse entrevistado foi o único, desse grupo, que se mostrou inquieto com essa questão.

A condição mecanizada de vida expressa pelo paciente 4 : “serviço rotineiro, repetitivo, dores, enfermidade degenerativa, preocupação com o envelhecimento”, pode ser refletida na afirmação de Oliveira (2003, p.45) quando diz:

Talvez se possa dizer, então, que mesmo a denominada maturidades biológica não se realiza sem a presença da sociedade no interior de seu desdobrar-se. Equivale a dizer que não há espaço para o desenvolvimento mecânico, “natural”, progressivo-linear de uma maturidade feita em banho-maria, no fogo brando.

O tratamento crônico é contínuo, multidisciplinar, focando sempre o ganho da mobilidade. Nosso corpo é movimento e necessidade desse para realizar bem as suas funções naturais, lubrificar as articulações, alongar os músculos evitando as retrações e tendinites. É necessária essa consciência tanto no plano pessoal, quanto na organização. Assim como o hábito de escovar os dentes, é preciso despertar a consciência corporal que ainda não temos e enquanto assim continuar, as doenças ocupacionais ocorrerão. Portanto, não é apenas o ambiente de trabalho que deve ser alterado, mas nossos hábitos, o comprometi-

mento com a saúde, os processos educacionais, compreendendo a educação como função humana, processo psicossocial.

Paciente 5 – 44 anos, casada, 03 filhos, bancária. *Desempenhei as funções de Escri-turaria, Caixa Executivo, Secretária e nova-mente Escrituraria, 25 anos de trabalho, dos quais 24 deles em uma única empresa com uma carga de trabalho exaustiva, muitos pa-péis para preencher, digitação, mobiliário ina-dequado posição errada, envergada, proje-tando a cabeça para baixo, forçando toda a coluna por um tempo prolongado.*

O relato da paciente 5 é marcado pela pre-ferência das dores da DORT, demonstrando conhecer as causas práticas responsáveis pelo seu estado funcional da atualidade. E nesse sentido, não se pode esquecer de ci-tar a norma regulamentadora NR-17, ins-trumento poderoso na prevenção á DORT, criada pelo Ministério do Trabalho para pre-venção às causas, que ressalta: mobiliário, equipamento, organização e ritmo de traba-lho, levando em consideração os fatores de-terminantes: postura, movimento e força, conteúdo do trabalho e fatores psicológicos, características individuais.

Mas chegou a minha vez fiquei calada, su-portando a dor e desconforto com medo de sair de licença. Quando tive uma filha não agüen-

tava segurar para amamentar, fazia isso sempre deitada. Referindo-me à fibromialgia, tendinite, a dor se manifesta sempre em muitos pontos do meu corpo, abalando assim o meu emocional de tal forma que estou sempre sendo acometida de depressão fazendo-me isolar, me sentindo inferior, diferente, inútil.

Considerando que essa representação pode ser reproduzida de tal forma que a identidade passa a ser entendida como o próprio processo de identificação (CIAMPA, 1998), aqui se observa a predominância da DORT no ambiente de trabalho. A influência do meio na identidade abordada e a vivência cotidiana que é tomada como realidade certa pelos membros da sociedade e categorias de que fazem parte; condutas subjetivas dotadas de sentido em suas vidas, marcadas pelo pensamento e ação e “qualquer ação repetida torna-se moldada em um padrão, que pode em seguida ser reproduzido” (BERGER e LUCKMANN, 2002, p.77). Ao vivenciar no meio a competitividade e a repetição, a doença facilmente se vincula a essa situação e presença dessa questão nos ambientes de trabalho onde acomete um ou mais trabalhadores.

As características encontradas no relato da paciente 4, em que expressa o desabafo de um trabalho repetitivo e monótono e, no da paciente 5, ao informar: “carga exaustiva, papéis a preencher e digitação”, corroboram empiricamente com o exposto no item 2.

Paciente 6 – Casada, 02 filhos, bancária, 44 anos. *Comecei a trabalhar aos 19 anos. As perícias médicas são um tormento, porque os médicos desconfiam dos relatórios médicos, do exame e dos pacientes. Nunca tive intenção de me aposentar, pois gosto do meu ambiente de trabalho, dos meus colegas e principalmente de trabalhar, de ocupar o tempo com algo útil. Infelizmente hoje estou tomando consciência de que tenho que me afastar definitivamente do trabalho; não queria aceitar esse fato, porque é doloroso saber que você está incapacitada, que não pode fazer o que quer. Não sei o que eu poderia fazer daqui para diante e isso me dá uma sensação de vazio.*

Nesse relato evidencia-se a necessidade da perícia, da percepção de descaso do sujeito, revelam um olhar sectarizado da saúde. O doente visto como uma parte do corpo que se apresenta, o corpo visto como instrumento de trabalho, e o envelhecimento pelos cabelos brancos e rugas. A doença sintomática pode ser desacreditada, pois pode ser camuflada e foge da medicina tradicional, desconhece o que está por trás da dor: fatores psicológicos, espirituais e afetivos.

Paciente 7 – 63 anos, casada, 04 filhos. *Vim de uma família pobre de 17 irmãos, sendo que os primeiros sete morreram, eu fiquei sendo a segunda de oito irmãos homens, tive que aju-*

dar minha mãe a criar estes irmãos. Como? Lavando roupa, passando, pegando água em lata para encher tonel e cuidar da casa e deles. Trabalhei na CEPLAC um ano em pé na gráfica alceando papéis, depois fui trabalhar no setor de meteorologia em cotação de dados, gráficos e somas de dados; só aí foram 21 anos no mesmo serviço. Sentia muitas dores nas mãos, ombros, cotovelo, dormência e perdendo tato. Pedi a direção da CEPLAC para voltar a trabalhar em outra área, mas não tinha mais condições de trabalhar, foi o que os médicos me disseram. Aí me preparei para aposentar; daí para cá é só dores, insatisfação por não poder fazer nada. Gostava do que fazia, tinha bom relacionamento com chefes e colegas, na CEPLAC, não tenho do que me queixar, só saudade. Hoje me sinto vazia, sem poder fazer quase nada.

As dificuldades vivenciadas desde cedo com perdas, necessidade de trabalhar, a carga de peso e de trabalho, a idade precoce em ajudar, o tempo estático de postura em pé comprometendo a circulação, as cadeias musculares, os discos vertebrais favorecendo o desgaste físico, as degenerações crônicas, inflamações, o sentimento de vazio.

Esses sentimentos são parecidos com os das falas dos pacientes 7, 5 e 6. A respeito Hemingway citado por Beauvoir (1990, p. 325) diz: “ a pior morte para um individuo é perder o que forma o centro da vida, e que

faz dele o que realmente é”. Beauvoir (1990), afirma que quando o trabalho foi escolhido livremente e constitui uma realização de si mesmo, renunciar a ele equivale, efetivamente, a uma espécie de morte. Quando se caracterizou uma obrigação, ficar dispensado é uma libertação. O sentimento de tristeza, vazio, discernia a autora que o sentido da existência lhe fora tirado, talvez por chance ou condição de recriar a vida. Chama a atenção para o crime da sociedade, o tratamento que inflige às pessoas desde a juventude.

O trabalho manual taylorizado causa uma ociosidade melancólica, comprometendo o equilíbrio físico-emocional. Nesse sentido, Beauvoir (1990) culpa a sociedade por mutilar o indivíduo, tornando-o senil prematuramente, fisicamente doloroso, moralmente horrível porque chega à velhice de mãos vazias, explorado, alienado. Quando a força o deixa, torna-se fatalmente “refugo”, “distorção”, rouba a vida da pessoa, a dificuldade em tratar alguém que chega com o corpo destruído, fragilizado. E questiona “como deveria ser uma sociedade para que, em sua velhice, um homem permanecesse um homem?” Responde, afirmando que “seria preciso que ele fosse sempre tratado como homem”.

A respeito de um outro tópico abordado pela paciente 7, quanto ao desencanto da aposentadoria, Alves (2003, p.110), em sua obra “O retorno e o Termo” apresenta um re-

lato comparativo, ao referenciar a exclusão da vida produtiva de um bancário com a aposentadoria, que diz: *Aconselho a todos os que vão se aposentar, portanto, que se livrem das fantasias de que a aposentadoria vai ser o início do tempo da felicidade (...) é preciso não se esquecer da arte de sonhar. Quem é rico em sonhos não envelhece nunca. Pode mesmo ser que morra de repente, mas morrerá em pleno vôo. O que é muito bonito.*

Desta forma, Beauvoir (1990) afirma que é o homem inteiro que precisa ser refeito, são todas as relações entre os homens que denotam necessidade de recriar. Tal consciência deve ser, sobretudo, resgatada pelo próprio paciente, do envelhecente precoce.

Há entre os pacientes a crença de que devido à dificuldade dos medicamentos e tratamentos em resolverem as dores e as depressões, a saúde nunca será devolvida. Esse parecer queixoso da dependência ao medicamento e as fisioterapias encontra-se na fala de todos os entrevistados, denotando um sentimento de vazio, desesperança.

Segundo Capra (1982) a medicação, intervenção médica, tem como finalidade corrigir um mecanismo biológico específico, visão de partes do corpo e visão cartesiana do corpo como uma máquina. O tratamento de alívio à dor não é suficiente se não resolver também a causa. A medicina convencional frisa mais os exames que a história fami-

liar, emocional e social do paciente.

Paciente 8 – Divorciado, 03 filhos, bancário, 47 anos. *Lembro-me do primeiro dia de aula acompanhado por minha mãe que segurava minha mão, transmitindo-me para o enfrentamento dessa nova batalha. Fui obrigado a trabalhar muito cedo, 13 anos de idade, na farmácia. Aos 18 anos trabalhava no banco de “digitador” das 18h às 3h, 4h, 5h, 6h..., dependia do volume de serviço. Com aproximadamente dois anos de trabalho bancário, comecei a sentir alguns sintomas que me chamavam à atenção; um desses sintomas era comentado por nós e levávamos na brincadeira. Falávamos dos “sonhos” e as conversas que travávamos como se estivéssemos trabalhando, acordando muitas vezes nossos familiares, gritando apavorados pelo volume de cheques e duplicatas que tínhamos que digitar todas as noites. As demissões são uma rotatividade. Isso nos deixava inseguros e preocupados, pois só tínhamos a certeza de que no outro dia alguém seria demitido, causando uma tensão insuportável e a sensação de impotência diante de um sistema que nos tratava como uma coisa descartável.*

A influência das demissões sobre a saúde do trabalhador é ressaltada por Gomes (2001), quando afirma que essas causam estresse, angústia, tensão, repercutindo na

vida psíquica e social. A redução de postos de trabalho é funcional no atual sistema de produção capitalista mundialmente integrado.

Mas profundamente, Moscovici e Minayo, citados por Ciampa (1998) estabelecem um paralelo entre desemprego, demissão e DORT ligando-os a fatores individuais e sociais ditados por um sistema de representações sociais: termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo de pensamento.

Em outro sentido, Beauvoir (1990) aborda que o declínio do trabalhador será tanto mais rápido quanto mais cedo iniciar a vida laboral, sendo esse acometido com doenças e deficiências, ao passo que um velho que tenha tido a sorte de poupar sua saúde poderá conservá-la mais ou menos intacta até a morte. A velhice é retratada como a degradação física, quando o físico não mais responde; porém, essas “perdas” podem ser compensadas com montagens, por um saber prático e intelectual.

Daí o conhecimento em Gerontologia, que estuda o processo do envelhecimento biopsicossocial, não se voltando meramente à patologia, e a partir desse conhecimento é que a pesquisadora percebeu a emergência da necessidade de estudar o processo trabalho-doença ocupacional e envelhecimento precoce ou funcional.

Essa fragmentação do corpo despedaçado na relação de identidade corpo-trabalho pode

ser comparada à do estágio do espelho, assim denominada por Lacan, citado por Codo (1995), como a primeira imagem estabelecida entre a criança e o espelho, dando uma grande importância a essa imagem ainda não reconhecida como sendo sua, identificando a imagem do outro como sua. Talvez aqui explique a predominância da DORT em um mesmo ambiente de trabalho. A informatização não permite este reconhecimento de si próprio e fica marcante a necessidade do reconhecimento.

Segundo Codo (1995), a repetição de situações vividas, a necessidade de agradar, de ser reconhecido antes pela mãe, na condição de trabalhador pelo seu empregador, pela empresa, organização, correlaciona então a DORT à perda de identidade e falta de reconhecimento e sugere a existência de grupos de convivência, criando assim o “grupo de qualidade de vida”, onde os participantes podem elaborar esse processos.

Em cada relato percebe-se falas da alegria em se ter um trabalho, do contentamento em ser reconhecido pelo que faz pela família-banco-empresa da qual se faz parte, contrastando com ambiente de trabalho, mobiliário, ingresso prematuro ao trabalho, horas extras, repetição, adoecimento, sentimento de vazio, aposentadoria decretada, angústia, depressão, dor e limitação; da percepção do corpo traçando um paralelo da DORT em seu processo de doença com o envelhecimento.

Foi pedido a todos os entrevistados para refletir sobre a doença e se há ou haveria alguma relação com o processo de envelhecimento. Para uns, é preferível não pensar, pois preferem acreditar que não chegarão lá com dependência, há uma preocupação velada sobre esse tema.

Fica comprovado nos depoimentos que o trabalho é que faz com que o homem se identifique e se insira na sociedade. É nele que o homem passa a maior parte da sua vida. É também o responsável pela subsistência humana, sendo fonte de satisfação e realização. Essa assertiva é corroborada por Gonzaga Jr. (1983), em sua música Guerreiro Menino, que afirma:

Um homem se humilha se castram seu sonho; seu sonho é sua vida, e vida é trabalho e sem o seu trabalho um homem não tem honra e sem a sua honra se morre e se mata. Não dá pra ser feliz, não dá pra ser feliz... (GONZAGA JR, 1983).

É do trabalho a maior parte da memória daqueles que não mais atuam no dia-a-dia, pois é a lembrança de dias áureos, do significado produtivo, da utilidade tão impregnada pela vida em sociedade. Mas, com frequência, tem se tornando uma verdadeira prisão devido às más condições em que é realizado, da desatenção à prevenção e promoção de saúde, claramente descrito nas falas dos entrevistados desta pesquisa. Nota-se um envelhecimento funcional, mas, sobretudo, uma gerontologia

emocional nos pacientes com DORT.

Contudo, os relatos não tratam da questão do envelhecimento “assumido” frente à DORT. Essa está inserida no quando da doença de forma não perceptível, talvez devido ao fato dos entrevistados associarem a velhice puramente à idade biológica, aos cabelos brancos, rugas, enfim ao corpo espelho de envelhecimento cronológico, ou, ainda mais incapacitados, com limitações e dependências durante as atividades diárias, conforme visto nos fragmentos das histórias de vida de cada paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, percebe-se que o enfoque social dado à DORT ampliou a compreensão da doença e da gerontologia. Ao abordar sobre uma forma de adoecimento, relacionando-a ao envelhecimento funcional, encontrou-se mais um desafio para a gerontologia: atuar de forma a prevenir o envelhecimento precoce, ambiente preventivo no trabalho.

Na pesquisa, as doenças ocupacionais foram vistas a partir do enfoque da produção da doença no contexto da organização do trabalho. Buscou-se realizar o estudo acerca da abordagem do corpo, e da sua relação com o labor e com a doença, trazendo reflexões a respeito de ser a DORT um indicador do envelhecimento funcional.

Essas doenças são características de sociedade industrializadas, que submetem os trabalhadores a condições e ambientes inadequados de trabalho, utilizando o corpo fragmentado da mente como produto negociável, facilitando a instalação da doença na fase mais produtiva da vida e favorecendo o envelhecimento funcional e precoce.

Diante da atual conjuntura socioeconômica que privilegia o desenvolvimento de exploração da força de trabalho, “dos jovens saudáveis e produtivos”, os trabalhadores tentam se manter no mercado, ainda que para isso devam se submeter a serviços precarizados, tanto em relação às condições de trabalho, quanto à perda dos direitos sociais, o que favorece efetivamente o processo de adoecimento.

A qualidade de vida e a saúde do trabalhador são marcadas por esse processo de reestruturação produtiva com riscos e agravos à saúde do trabalhador. A DORT tem apresentado um crescimento acentuado nas estatísticas do INSS e Serviços de Saúde do Trabalhador, aumentando o rombo da previdência já comprometido com a população que envelhece naturalmente.

Os dados levantados na pesquisa permitiram perceber a magnitude do problema a ser enfrentado na atual conjuntura, pois as estatísticas têm revelado um País de “cabelos brancos”. Cabe, contudo, tratar essa população de trabalhadores que vivenciam um en-

velhecimento funcional em sua fase de vida mais produtiva, em que nem o avanço da idade, nem a perda dos padrões estéticos juvenis são as características marcadamente evidenciadas nesse envelhecer, mas sim suas limitações corporais.

A pesquisa, em cada história de vida profissional do paciente, deixa claro a relação quase intrínseca, indissociável, da vida humana com o ambiente organizacional. Revela o prazer que os entrevistados tinham para com o trabalho, e, em contrapartida, a necessidade de reconhecimento não obtido pelas horas extras trabalhadas, pelo empenho dedicado.

Com os relatos apresentados, pode-se compreender a doença ocupacional, a angústia e insegurança vivenciadas, a dor e a limitação dos movimentos, busca incessante pela cura e a falta de esperança tão expressivas nas falas de cada paciente investigado.

Ao finalizar este trabalho, é possível entender que grande parte do olhar e do intervir na questão das DORT está fortemente influenciado pelo modelo biologicista, assim como olhar para o envelhecimento se concretiza com vistas ao outro no comparativo à idade biológica, ao corpo que se apresenta com flacidez, diminuição do tônus, dificuldade para mobilização, lentidão dos movimentos, cabelos brancos e rugas.

Deste modo, constata-se que essa temática aqui não se esgota. Entende-se que exis-

tem lacunas que poderão ser preenchidas em estudos posteriores, sobretudo, no que diz respeito ao “se ver” de cada paciente DORT, ao perceber-se parte do envelhecer precocemente e ator sem seu processo de vida.

As principais contribuições deste estudo concentram-se no desvelar das diferentes leituras e abordagens em relação à DORT e do processo de envelhecer no trabalho, contexto onde se inserem, apontando para a necessidade de superação do olhar fragmentado da doença, buscando incorporar a organização das atividades profissionais nas ações de atenção à saúde do trabalhador; na necessidade de avançar as ações de promoção e prevenção da sua saúde, procurando uma intervenção concreta na relação saúde/trabalho, através de ações de vigilância e educação, para que assim possam os trabalhadores alcançar uma longevidade digna, reportando a Bosi (1994) e Beauvoir (1990), sem estar com as mãos vazias, adoecidas, redefinindo assim a vida.

Vale considerar, conforme o observado e demonstrado nos depoimentos, que a uniformidade da assistência aos portadores de DORT é um desafio, assim como a intervenção ativa no ambiente de trabalho com vistas à prevenção de doenças e à readaptação social dos trabalhadores.

Através do envolvimento dos profissionais e da realização de parcerias com sindicatos de profissionais, podem ser fortalecidas ações

de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Sabe-se que o labor exige das pessoas que, por sua vez, enfrentam sofrimentos e medos cotidianamente para permanecerem no mesmo. A precarização do trabalho acarreta efeitos na saúde do trabalhador, aumentando o seu sofrimento. O medo da demissão, a competitividade, horas extras e ganhos pela produtividade, o ultrapassar os limites do corpo em busca de ganhar mais e do reconhecimento, o adoecimento e o descaso com a saúde atrelada com a falta de reconhecimento sobre o corpo e a DORT, a incessante busca para amenizar os efeitos da doença, a falta de esperança, o sentimento de vazio, todas essas questões mencionadas salientam o enfoque biopsicossocial.

Com a pesquisa, vale salientar que a doença, assim também como o processo de envelhecimento, se apresenta em um indivíduo-pessoa que sofre influência dos antepassados, fator genético e hereditário, do meio que desempenha papel fundamental em seu desenvolvimento, da história de vida com seus erros e acertos, perdas e ganhos, do estresse inclusive e, principalmente, da capacidade de adaptação às adversidades da vida e condições de trabalho e luta pela sobrevivência, além da forma de encarar e vivenciar tudo isso. É possível concordar com Lowen (1977) e Souchard (1986), que a doença pode tornar-se um guia no sentido de cura,

estando alerta com os sinais que o corpo oferece, mesmo que a angústia da dor seja grande. Mas, do pranto pode vir o prazer de libertação, conscientização e correção, processo de autoconhecimento e de transformação da energia estagnada em energia viva.

Com base nas referências assinaladas, é possível relacionar como soluções ou alternativas para amenização e prevenção à DORT, situações e condições que não favoreçam a aquisição da doença e, por conseguinte, do envelhecimento funcional. Assim, é necessário se fazer uma correção nos mobiliários; palestras de orientação postural; reeducação de hábitos saudáveis; percepção e conscientização corporal para que ocorra compromisso pessoal com a saúde; realização de atividades lúdicas não competitivas; formação e participação em grupos de apoio, de sensibilização onde a dor seja manifestada e “vista” através do outro; trabalhos corporais de alongamento, massagens, terapias, principalmente com enfoque de uma fisioterapia laboral e gerontóloga; alternativas que mobilizem a sociedade e as empresas a cuidarem do bem precioso que é a saúde, e o trabalhador seja percebido e tratado em sua inteireza.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Rubem. *O retorno e o terno*. Ed. 23.

[130] MEMORIALIDADES, Nº 11, JAN-JUN 2009, P. 95-133.

São Paulo: Editora Papirus, 2003

BERGER, Peter L. e LUCKMANN, Thomas. *A construção Social da Realidade*. 22 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002

BEAUVOIR, S. *A Velhice: uma realidade incomoda*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1990.

BOSI, Ecléa. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 3 ed. São Paulo: Companhia da Letras, 1994.

CAPRA, Fritjof. *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982.

CIAMPA, Antonio da Costa. *A Estória do Severino e a História de Severina: um ensaio de psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense, 1998.

CODO, Wanderley e SENNE Wilson A. *O que é o corpo (latría)*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1995.

CODO Wanderley e ALMEIDA, Maria Celeste de. *LER - lesões por esforço repetitivo*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1995.

COSTA, Cristina. *Sociologia: introdução à ciência da sociedade*. 2 ed. São Paulo: Ed moderna, 2001.

DEJOURS, Christophe. *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Oboré Editorial, 1987.

DEJOURS, Christophe, ABDOUCHELI, Elisabeth e JAYET, Christian. *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo: Editora. Atlas, 1994.

DUARTE, Luis Fernando, LEAL, Ondina Fachel e organizadores. *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

GOMES, Álvaro (organizador). *O trabalho do século XXI: considerações para o futuro do trabalho*. 1 ed. S. Paulo: Ed. Anita Garibaldi, 2001.

GONZAGA JR., Luiz. *Palavra de Amor*. Rio de Janeiro: RCA/VICTOR, 1983.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. In: *Almanaque Abril*, Brasil: Editora Abril, 2003

LOWEN, Alexandre. *O corpo em terapia: a abordagem bioenergética*. 3 ed São Paulo: Ed. Summus, 1977.

MELLO FILHO, Julio e colaboradores. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 1992.

OLIVEIRA, Chrysostomo Rocha e colaboradores. *Manual Prático de Ler*. Minas Gerais: Ed. Health

OLIVEIRA, Paulo de Sales. *Vidas Compartilhadas*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

PAPALÉO NETTO, Matheus. *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

PEREIRA, Erimilson Roberto. *Fundamentos de Ergonomia e Fisioterapia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Taba Cultural, 2000.

RAMOS, Luiz Roberto. *O País do futuro não pensa no futuro*. **In Gerontologia 3(1):52-54,1995**

SOARES, Carmen Lúcia. *Imagens da Educação no Corpo*. 2ª Ed São Paulo: Editora Autores Associados, 2002.

SOUCHARD, Philippe-Emanuel. *Reeducação Postural Global*. São Paulo: Ed. Ícone, 1986.

SPINK, Mary Jane (org). *O Conhecimento no Cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1995.

ZIMERMAN, Guite I. *A velhice*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2000

Recebido em julho de 2008
Aprovado em setembro de 2008