

Lesiones por esfuerzos repetitivos. La cotidianidad de las mujeres

Margarita Barreto

RESUMEN

Este trabajo es resultado de una investigación realizada entre enero de 1995 y agosto de 1996 con trabajadoras y trabajadores que presentaban Lesiones por Esfuerzo Repetitivo (LER). Su impacto en la vida cotidiana fue explorado con el fin de contriubuir a dar visibilidad a dicho padecimiento, llegar a acuerdos con las empresas para modificar las condiciones de trabajo y comprender las consecuencias de esta patología en las relaciones sociedad/empresa y casa/trabajo doméstico.

Palabras clave: salud laboral, condiciones de trabajo, vida cotidiana.

Fecha de recepción: noviembre de 1996
Fecha de aprobación: enero de 1998

Traducción del portugués de la Mtra. Julieta Haidar.

ABSTRACT

This paper is the result of a research conducted between january, 1995 and august 1996 with male and female workers that had lesions caused by repetitive effort. The impact of the illness on their everyday lives was explored. The main goals were to contribute to highlighting the disease, make deals with the workplaces to modify their working conditions and to understand the consequences of the illness in society/enterprises and household/domestic labor relationships.

key words: labor and health, working conditions, every day life.

Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de la Misericordia, Sao Paulo, Brasil

Introducción

Este trabajo es resultado de una investigación realizada de enero de 1995 a agosto de 1996 con trabajadores y trabajadoras que solicitaron atención médica, tanto para aclarar dudas, consultas o cuestiones relacionadas a sus derechos laborales en la Secretaría de Salud y Medio Ambiente del Sindicato de los Trabajadores de las Industrias Químicas, Farmacéuticas, Plásticas y Similares de Sao Paulo.

El aumento de la demanda de trabajadores y trabajadoras que nos procuran como consecuencia de patologías relacionadas al trabajo, específicamente las denominadas Lesiones por Esfuerzos Repetitivos (LER), nos motivó a conocer la situación concreta de esta enfermedad. Buscamos, a través de las repercusiones en la cotidianidad de los trabajadores y trabajadoras, comprender el nuevo enfermarse como reflejo de los cambios en la organización del trabajo que, al romper con el taylorismo y el fordismo, instituyó nuevas características a la relación capital-trabajo, caracterizadas por la flexibilidad, polifuncionalidad, visión sistémica del proceso, calificación y rotación de las tareas, asociado a nuevas formas de gestión. Como objetivo general procuramos: a) dar visibilidad a la enfermedad creando condiciones para sensibilizar y politizar a los trabajadores y trabajadoras del ramo sobre la gravedad del problema; b) instrumentar la dirección para acuerdos y negociaciones con las empresas o ramos diferenciados, incorporando la dimensión de género a partir de la realidad vivenciada y propuestas presentadas por trabajadores y trabajadoras para que creen condiciones que alteren las relaciones de trabajo, garantizando la prevención de la enfermedad y evitando el surgimiento de nuevos casos. Nuestro objetivo más específico está centrado en el entendimiento del impacto de esta patología en lo cotidiano a nivel de las relaciones sociedad/empresa versus casa/trabajo doméstico.

Realizamos entrevistas individuales en el consultorio y aplicamos un cuestionario con preguntas semiabiertas. Algunos trabajadores y trabajadoras propusieron la conformación de grupos de discusión de la patología. Como consecuencia, se formaron cinco grupos focales de portadores de LER con un máximo de veinte trabajadores por grupo. En ellos se hicieron preguntas dirigidas que fueron discutidas colectivamente. Las preguntas contemplaron cuestiones basadas en la percepción que los trabajadores tenían sobre la enfermedad en lo que se relaciona a:

causas/ síntomas/ señales
relación empresa/ compañeras/ jefas
relaciones sociales/ interferencias en la cotidianidad

Esta estrategia de investigación ha sido adoptada por las metodologías cualitativas y es conocida como grupo focal (Minayo, 1994). Al final del estudio fue creado un núcleo de portadores de LER que estableció como meta una campaña de aclaración y prevención de la enfermedad trabajando con adhesivos, folletos, material en periódicos. El lanzamiento del núcleo como hecho político reunió al Sindicato de los Químicos, trabajadores lesionados, dirección, entidades sindicales y gubernamentales, que actúan en el campo de salud del trabajador.

Nuevas tecnologías: nuevos trabajadores enfermos y excluidos

Las Lesiones por Esfuerzos Repetitivos (LER) son conocidas desde los tiempos de Bernardino Ramazzini (1700), pero han venido adquiriendo gran importancia por su presencia constante y progresiva en los ambientes de trabajo y en diferentes categorías y ramas de actividad, constituyéndose en la más reciente epidemia (Codo, 1995; Settimi, 1995).

Caracterizada por la afectación de los nervios, sinovias, fascias, tendones, ligamentos y músculos, como consecuencia de disturbios funcionales u orgánicos resultantes de fatiga localizada, tiene denominaciones diversas tales como "*repetitive strain injury*" (Australia), "*occupation cervicobrachial disorder*" (Japón), o "*cumulative trauma disorders*" (EUA), síndrome de "*overuse*", desorden ocupacional del cuello y miembros superiores, etcétera. Entre nosotros, desde 1992, en todo el territorio nacional, después de un seminario en Sao Paulo y la resolución publicada por el INSS en marzo de 1993 (Settimi, 1995) la terminología utilizada fue LER.

El conjunto de estas denominaciones unifica características relacionadas con las enfermedades del trabajo, derivadas de:

a) introducción de nuevas tecnologías, alteración en la organización del trabajo, modificación del proceso productivo, tareas fragmentadas y alta repetitividad, ritmo acelerado, polifunción, jerarquía y presión, exigencia de producción, sobrecarga muscular estática, jornadas prolongadas y ausencia de descansos.

b) historia ocupacional, referencia a la repetitividad de la tarea.

c) síntomas y señales localizadas en miembros superiores y miembros inferiores.

d) invisibilidad a través de pruebas de laboratorio: los exámenes realizados, cuando positivos (30 por ciento), apuntan hacia la gravedad de la enfermedad.

Las investigaciones han señalado la presencia de daños a la salud en varios países desarrollados, relacionándolos con alto nivel de industrialización, uso de tecnología avanzada en el proceso productivo y la nueva forma de organizar el trabajo.

En Japón, las LER empezaron a aparecer en la década de los años sesenta en los perforadores de cartón y en los cajeros y dactilógrafas; en Australia, la década de los setentas evidencia la presencia de esta patología en digitadores, operadores de línea de montaje y envolvedores a través del pago de beneficios, lo mismo está ocurriendo en los Estados Unidos en donde 56 por ciento de las enfermedades ocupacionales corresponden a las LER. En Suecia, en 1990, una investigación con 22,180 trabajadores concluyó que 39 por ciento de éstos presentaban cervicalgia, mostrando un aumento de la patología en relación al 31 por ciento respecto del año anterior (Codo, 1995; Asunción, 1995; Linton, 1990; Couto, 1991; Maeda, 1977).

La explosión de esta patología en el escenario nacional tiene inicio en 1984 con el surgimiento en digitadores de empresas de procesamiento de datos, su reconocimiento como enfermedad profesional se sitúa en 1987. La emergencia de las LER coincide con los cambios observados en la organización del trabajo en la industria, en el comercio y los servicios y con la introducción de innovaciones tecnológicas y nuevas formas de gestión. Se asocia a la entrada del modelo de acumulación flexible, la reestructuración de la producción y la terciarización.

Estos cambios en el sistema productivo vienen redefiniendo rasgos culturales sedimentados, patrones de comportamiento gerencial, estructuras organizacionales y metodologías de enfoques de cuestiones estratégicas y operacionales (Tomei, 1996), culminando con el incremento de tareas monótonas, repetitivas y fragmentadas. Tareas que, asociadas al ritmo impuesto por la exigencia de mayor productividad en menor tiempo, desencadenan un proceso de sufrimiento psicofísico que la mayoría de las veces no se toma en cuenta.

Inicialmente diagnosticada en digitadores de empresas de procesamiento de datos y bancarios desde 1982, se sabe que hoy está presente en los diferentes ramos de actividades como: usuarios y usuarias de terminales de video, procesadores y procesadoras de datos, empleados (as) bancarios, dactilógrafos (as); cajeras de supermercados, trabajadores (as) de fábricas de piezas para autos, líneas de montaje, microelectrónica, telecomunicaciones (Assuncao, 1995; Ribeiro, 1995). Se encuentra también en las industrias de la alimentación, textil, metalúrgica, servicios públicos y

privados, comercio al menudeo, gráfico, confección y vestimenta, comunicaciones, correo y teléfonos (Settimi, 1995; Schüler, 1995; Codo, 1991), cosméticos, plásticos, químicos, farmacéuticos, tintorería y similares (Barreto, 1995), hospitales, entidades financieras y empleadoras de mano de obra (Assuncao, 1993).

El sector químico, plástico, farmacéutico y similares ha presentado en estos últimos cinco años un aumento considerable de nuevos casos de LER, ocupando el primer lugar entre las patologías atendidas en el Sindicato. En el análisis de las comunicaciones de accidentes de trabajo (CATs) emitidas por algunas empresas —considerando la subnotificación— y los Centros de Referencia en Salud de los Trabajadores (CRSTs/CEREST) se observó el mismo comportamiento epidemiológico de la enfermedad.

El levantamiento de los datos existentes en la Secretaría de Salud del Sindicato evidenció que en 1995 de los casos de enfermedades ocupacionales atendidos 42.5 por ciento correspondían a las LER, lo que representa 30 por ciento de todos los casos, incluyendo accidentes y enfermedades. Hasta agosto de 1996 se puede observar un aumento de su incidencia directamente relacionado con la exclusión del mercado de trabajo. Actualmente, 52.5 por ciento de las enfermedades ocupacionales atendidas en el Sindicato son LER con 86.72 por ciento de mujeres afectadas, mostrando un aumento en este género con respecto a 1995, donde las mujeres representaron 75.3 por ciento. La faja etaria predominante se encuentra entre los 20 y los 35 años, con un salario promedio de alrededor de \$ 0.90 la hora trabajada, para una jornada de 44 horas semanales. Es común la práctica de horas extras, la mayoría de las trabajadoras son casadas.

Actualmente es la enfermedad de mayor notificación en el país, constituyendo un grave y complejo problema de salud pública y social (Ribeiro, 1995) en el que el enfermarse como consecuencia del trabajo deja de ser un hecho esporádico, pasando a ser parte de la cotidianidad de centenas de trabajadores y trabajadoras.

Del universo que nos procura, 90 por ciento fueron cesados como consecuencia de LER y, sin embargo, las empresas no las reconocen como enfermedades del trabajo, cabe al trabajador/trabajadora probar la enfermedad adquirida. El nuevo orden estratégico del capital impuesto a centenas de trabajadores (as) ha producido una alta rotación de la mano de obra en las empresas. La fuerza de trabajo en el mercado se encuentra dicotomizada entre trabajadores/trabajadoras enfermos, cesados y excluidos y aquéllos que mientras estén sanos están incluidos.

Intensificación del trabajo versus disminución de la salud

Las mujeres han sido las más afectadas por las LER, no sólo por los datos en nuestra investigación, diversos trabajos reportan índices de 78.9 a 87 por ciento en el país (Ribeiro, 1994; Settini, 1995). En general, las mujeres ocupan puestos de trabajo y funciones que se caracterizan por el contenido de la tarea: alta repetitividad, monotonía, ritmo intenso, esfuerzo físico, falta de creatividad asociado a la exigencia de productividad y presión de los jefes. Tareas consideradas para mujeres por exigir más delicadeza, más atención, más sensibilidad, más concentración, más responsabilidad, más paciencia, movimientos leves y tantos otros "más" relacionados con la división sexual del trabajo.

Varios autores correlacionan la mayor incidencia de las LER en mujeres con factores hormonales, características anatómicas y morfológicas, factores de la esfera psíquica como neurosis de compensación e histeria, culpa, estructura de personalidad (Ribeiro, 1995; Almeida, 1995). Estos argumentos fortalecen la desvalorización de la fuerza de trabajo femenina, acentuando las discriminaciones entre los sexos y no considerando las exigencias diferenciadas impuestas en las relaciones y la organización del trabajo. Sin embargo, la fuente de la depresión está en la organización del trabajo a través de los vínculos que se establecen con los jefes y la ausencia de participación creativa sin contenido. Ribeiro (1995) propone trabajar con el concepto de sensibilidad que revela como atributo la capacidad de las mujeres de percibir las agresiones sociales con mayor agudeza, constituyendo el enfermarse un grito de alerta y denuncia de la relación de subordinación.

Los análisis de los modos de gestión taylorista y neotaylorista en las áreas de la ergonomía, la psicopatología del trabajo, la epidemiología social, etcétera vienen demostrando la responsabilidad del modo de dirigir con los daños producidos a la salud de los trabajadores, por ejemplo, estrés, fatiga, enfermedades osteomusculares, lumbagos, insomnio, fatiga nerviosa, depresión, enfermedades cardiovasculares, envejecimiento, úlceras, hernias de disco, entre otras. Las conclusiones apuntan a que la

informalización de los puestos de servicio no reduce forzosamente la tensión. Si ella se integra a un método taylorista de gestión, puede ser aún más penosa. El empleado verá su margen de autonomía reducida y el control reforzado (Chanlat, 1996: 118-128).

El cansancio generado durante y al final de la jornada es resultado del gasto energético en el acto de producir, mostrando una actividad inhumana, sobrepasada en sus fuerzas. Fatiga muscular y estrés mecánico actúan en los

cartílagos como consecuencia de los movimientos repetitivos, favoreciendo las contracciones musculares y la consecuente isquemia del tejido local.

Es importante resaltar que en la fábrica las trabajadoras tienen responsabilidades que no están prescritas en su función, son tareas complementarias, extras como, por ejemplo, limpiar el puesto de trabajo y la máquina, hacer café en la ausencia de la responsable, limpiar el escritorio de los jefes. Mientras los hombres hacen servicio en la casa del patrón, como, por ejemplo, pintar portones y casa, arreglar los jardines, trabajos de mantenimiento eléctrico e hidráulico. Es decir, en las tareas extras también se evidencian las relaciones de género.

En nuestra experiencia, hemos constatado que cuando los hombres realizan funciones repetitivas y movimientos intensos asociados a la presión de los jefes son afectados en un 15 a 24 por ciento, lo que además de confirmar los resultados nacionales e internacionales, impone el uso de la categoría de género para comprender desde el punto de vista epidemiológico el porqué del mayor porcentaje de LER en las mujeres.

Enfermedad invisible ¿para quién?

La discusión en los grupos socializó el sentir la enfermedad, permitiendo una nueva forma de entender la realidad. Por un lado, las trabajadoras reconocieron lo que las aquejaba aunque no supieran las razones de la patología y, por el otro, se rompió con la vivencia solitaria de la enfermedad. El rasgo que ellas identificaron fue un sentimiento de vergüenza por no conseguir la producción exigida, por ello escondían el dolor tratando de evitar la discriminación o ser cesadas. El penoso camino de las mujeres va desde la desacreditación de los jefes y de los colegas hasta las idas y venidas a los centros de asistencia médica, esto ocurre porque la enfermedad es administrada según los intereses empresariales.

Todas tienen una historia que involucra atención médica, en que el descrédito por la enfermedad se hace parte de la rutina. Mencionan a profesionales que sin escuchar su historia pasan al diagnóstico y el tratamiento. Muchas de ellas tienen que probar el nexo causal:

Después de 2 años de angustia, depresión y humillación conseguí probar a los médicos que no estaba mintiendo; lo probé para todo mundo, para mi hija... En muchos momentos yo ya no sabía qué hacer. Pensaba que estaba loca, el médico no creía, el marido y toda mi familia creían que yo era mañosa. Quedé como en shock, sintiéndome lisiada e infeliz.

Tienen que resistir a toda humillación sufrida en el ambiente fabril y hacer frente a la repetición de conductas terapéuticas sin resultado, por ejemplo ironizando al profesional como “Dr. Voltarem, Dr. Inyección y Trabajo, Dr. Yesito, Dr. Espanta-Peao” (jerga del portugués). Son comunes los comentarios discriminatarios por parte de encargados, jefes, médicos y colegas como: “las LER son cosa de las mujeres”; “las LER son enfermedades de lentas”, “ahí vienen las leréticas”; “ustedes están podridas, están leréticas”; “ustedes no valen nada”; “¿por qué no se casa con un hombre rico y resuelve su problema para siempre?”; “esto es sólo cansancio, no es nada grave, mucha gente tiene problemas más graves que el suyo y trabaja normal”; “esto tú te lo agarrastes tejiendo con agujas en la casa, esto se agarra hasta en la cocina”; “sólo tú te quedas enferma, las otras tienen más tiempo aquí y nada les ha ocurrido”; “quería saber lo que tú tienes con ese médico que te da licencia”. Estas narrativas delimitan por qué las trabajadoras y los trabajadores aunque no inventan la enfermedad, la esconden por miedo a perder el empleo. Como consecuencia de estas discriminaciones, como último recurso, buscan atención fuera de la empresa.

Todas las trabajadoras que participaron en el grupo presentaron dolores en los miembros superiores en múltiples localizaciones. Inicialmente, los dolores eran unilaterales, exigiendo un esfuerzo mayor del otro miembro para continuar ejecutando su rutina en el ambiente fabril, desencadenando así el surgimiento de la sintomatología en el miembro opuesto. Esta situación evidencia una mayor incidencia bilateral de las lesiones y multiplicidad de los segmentos afectados, que en nuestro estudio alcanza 65 por ciento, siendo los segmentos más comprometidos puños (92 por ciento), manos (74.7 por ciento) y dedos (63 por ciento).

Por ser el dolor el síntoma dominante y constituirse en vivencia individual, sin marcas físicas visibles, no es reconocido y es percibido sólo cuando el cuadro clínico se encuentra en estado ya avanzado, ocasionando gran incomodidad y/o incapacidad en el trabajo y en las tareas extralaborales (Settimi, 1995). Con intensidad variable y repercusión diferenciada, el dolor va poco a poco intensificándose y se asocia a la sensación de peso, choque, calambres, hormigamiento, edema, dificultad para realizar movimientos y disminución de la fuerza muscular. Las manos y los puños son los más afectados, interfiriendo en la cotidianidad de las mujeres, imposibilitándolas para realizar actos más simples.

El relato de las trabajadoras nos alerta sobre la importancia de acciones preventivas en la organización del trabajo y, simultáneamente, para que haya vigilancia en la

salud del trabajador (a) dentro de la empresa. Esto evitaría que casos iniciales se transformaran en crónicos, llevando a la incapacidad definitiva para el trabajo. Un testimonio que expresa esta situación es el siguiente:

Empecé a sentir dolor en el brazo derecho después de cuatro meses de envolvedora. Los dolores empeoraban cada día, pero me aguanté cuanto pude. Después de un año busqué al médico de la empresa, quien me dijo que era reumatismo. Entonces fui asiganda para trabajar en el jarabe, donde debía poner el rótulo en el jarabe y recolocar en la estera. Pero el brazo izquierdo me empezó a doler, comenzó a hincharse. Volví varias veces al médico y me puso yeso cuatro veces, pero yo siempre regresaba para hacer las mimas cosas. No sabía lo que estaba ocurriendo, para mí todo era muy extraño. Pensé algunas veces que debía ser el trabajo, pero el médico me dijo que no. Me asusté cuando descubrí que para escribir una ficha escolar de mis hijos tardaba horas por causa del dolor y me dio mucho miedo. (Esta situación seguramente interfiere con su psiquismo, haciéndola estar tensa y ansiosa).

Experiencias como está son marcadas por sufrimiento. El descrédito de la enfermedad por parte de la empresa (que no la reconoce como patología del trabajo y no la notifica), la conducta de los médicos, colegas y familiares, acentúa dicho sufrimiento, que es reforzado por el dolor físico, las dificultades diarias, el alejamiento de la vida pública y el retorno al espacio doméstico de forma fragmentada. Los sueños, las perspectivas y la auto-estima se pierden en la necesidad de probar lo invisible como forma de encontrarse. El dolor rompe con el silencio del cuerpo.

En la casa están reservadas para ellas las tareas domésticas, independientemente de las horas trabajadas fuera. Diríamos que adquirir LER en el interior de la empresa es “traer” la empresa/proceso productivo a la casa, con sus repercusiones en la cotidianidad, dado que interfirieren directamente en las relaciones familiares.

A esto se añaden las características del trabajo doméstico: largas jornadas, muchas veces desde las cuatro o cinco horas de la mañana, que se prolongan en la empresa y en el retorno a la casa así se “mantienen/empiezan/continúan” tareas rutinarias y repetitivas en un verdadero enlace de tiempo y vida.

La prolongación de la jornada de trabajo impide el descanso con las LER, la rutina familiar se modifica. La mujer afectada necesita ayuda para las mínimas cosas: peinarse, abotonar una blusa, lavar su pelo, extender la ropa, cepillarse los dientes, agarrar un vaso, lavar ropa o platos,

tallar y exprimir la ropa, cocinar, la caligrafía se le altera, tiene dificultad para dormir sobre el brazo o para agarrar pequeños objetos y llamar por teléfono, para empujar los cochecitos del supermercado, cargar bolsas, mantener los brazos elevados en los autobuses o en el metro, cargar o bañar a los niños, bañarse, hacer el amor, etcétera.

Inicialmente, los hijos y el marido son los principales auxiliares en las tareas en la casa y hasta las acompañan a las consultas. También hay referencias de ayuda de vecinas frente a la imposibilidad del marido y de los hijos menores. Sin embargo, el reajuste inicial trae consecuencias en el tiempo: separaciones, mayor dependencia de terceros, agravamiento de la situación económica; el marido que inicialmente ayudaba en las tareas de la casa ve la prolongación de una enfermedad que no consigue entender como un pretexto y se va ausentando de la colaboración. Así, cuanto más se acentúa la enfermedad, más disminuye la ayuda, la enfermedad impone su ritmo; transforma la vida del individuo, de la familia y de la comunidad. Las idas y venidas al médico en busca de mejorías, generan desconfianzas y surgen acusaciones. El relato de una trabajadora ilustra esta situación:

Mi marido cree que salgo mucho, que estoy yendo mucho al médico y esto le parece anormal. Ahora tengo que llevarle el comprobante de que pasé por el médico o con otra persona. Esto empezó porque no consigo seguir teniendo relaciones con él. A veces yo acepto, pero entonces no consigo dormir de tanto dolor en los brazos. El dice que finjo, que no tengo nada y que se va a buscar otra mujer. Mi vida se volteó, está de cabeza.

En este escenario la enferma se va transfigurando y siente que le falta salud, comprensión, cariño, solidaridad, alegría. Aumenta la tristeza, el sufrimiento, el dolor, la soledad. Los tratamientos a que fueron sometidas, son variados: homeopatía, terapia ocupacional, terapéutica alopatía (antidepresivos, antiinflamatorios, analgésicos, corticoides), fisioterapia (ejercicios, ondas cortas, ultrasonido, parafina) y cirugía. Terapéuticas no convencionales fueron relatadas, tales como pases mágicos, reeducación de la postura global, acupuntura (64.35 por ciento).

Mujeres que se operaron por recomendación médica obtuvieron poca mejoría (30 por ciento). El hecho de no poder hacer las tareas rutinarias después de operadas traiciona las expectativas y la esperanza, desencadenando miedo frente a la imposibilidad de cura. No encontramos casos de cirugía en los hombres, la alopatía fue el tratamiento seguido en el cien por ciento de los casos.

En el grupo estudiado, los hombres portadores de LER (13.28 por ciento) inicialmente presentaron dificultades para aceptar que padecían una enfermedad "*de mujer*". Después, el recelo de que ésta debilitara su imagen frente a colegas y jefes, que colocaba en jaque su virilidad, los hizo soportar el dolor, comprometiendo su estado emocional. Todos refirieron haber notado alteraciones importantes en su vida cotidiana y en su familia. Sin embargo, la división sexual del trabajo los obligó a resistir el desarrollar actividades "femeninas", rehusando la mayoría de las veces, una distribución equitativa de las tareas domésticas.

Solamente dos hombres refirieron ayudar a las mujeres en las actividades básicas de la casa como limpiar y cocinar. El cuidado y la atención afectiva de los hijos es socialmente una responsabilidad de las mujeres, los hombres afectados por LER refirieron dificultades en las relaciones sexuales como consecuencia de los dolores. También les impactaron los cambios en la ocupación del tiempo libre, como practicar deporte, pues el movimiento de los brazos y de las manos en el fútbol, en el dominó o en las cartas, aumentaban sus dolores.

La representación social de la masculinidad fue expresada cuando ellos alegaron sentirse disminuidos por no tener fuerza física y por el hecho de que su alejamiento del trabajo incidía negativamente en el presupuesto familiar. Esta situación los orientó hacia actividades en el sector informal en el barrio, como la venta de mercancías hechas por su mujer, estableciéndose así una nueva forma de inserción social. Las parejas en donde las mujeres no trabajaban, después de la enfermedad del marido, salieron a la búsqueda de empleo, reorganizando la división sexual en el interior de las familias.

La ausencia de políticas públicas que minimicen la sobrecarga en la vida privada, asociada a la relación hombre/mujer, en donde culturalmente se refuerza el papel de "tareas domésticas/tareas femeninas" actúa como factor de gran relevancia en las relaciones género, salud y trabajo. Esto es así porque el enfermarse altera las relaciones en la familia, siendo más relevantes las repercusiones para las mujeres, como resultado de alteraciones y desgaste en la unidad biopsicofísica.

De las discusiones en grupo con las trabajadoras y trabajadores se evidenció la necesidad de dar visibilidad social a la enfermedad enfrentada, creando condiciones para la modificación de las relaciones laborales que garanticen la implementación de medidas preventivas, de protección y promoción a la salud, además de reducción a la exposición, el enriquecimiento de las tareas y la modificación del

mobiliario, entre otras.

Nuestra investigación reforzó la necesidad de pensar el mundo del trabajo con la mirada de género. Hasta hoy la mayoría de los estudios que abordan los riesgos de salud de la mujer trabajadora, lo hacen principalmente en la dimensión de la salud materno-infantil.

El uso de la categoría de género permite romper con un equívoco histórico existente en el área de la salud, evidenciando la esfera de la subjetividad y la sexualidad como aspectos fundamentales para el mantenimiento de la vida y el consecuente equilibrio entre la salud y el trabajo.

Bibliografía

- ASSUNÇÃO, ADA ÁVILA (1995). "Sistema músculo-esquelético: lesões por esforços repetitivos (LER)", en Mendes, René, *Patologia do Trabalho*, Sao Paulo, Atheneu, pp. 173-217.
- ASSUNÇÃO, ADA ÁVILA; LYS ROCHA (1993). "Agora... até namorar fica difícil: uma história de lesões por esforços repetitivos", en Buschinelli, J.T.E.P. et al. *Isto e trabalho de gente?, Vida, doença e trabalho no Brasil*, Petrópolis, Vozes, pp. 461-486.
- BAMMER, G. (1990). "Review of current knowledge- Musculoskeletal problems", B.V. (North Holland), Elsevier Science Publishers.
- BARRETO, MARGARIDA (1996). *A mulher e os acidentes de trabalho nas indústrias químicas, farmacêuticas, plásticas e similares no município de Sao Paulo*, Barcelona, España, International Congress Women Work Health.
- BORSOI, IZABEL CRISTINA F. (1995). "A saúde da mulher trabalhadora", en CODO W & SÂMPAIO J.J.C. *Sofrimentos psíquicos nas organizações*, Petrópolis, Vozes, pp. 115-126.
- BRANDIMILHER, PEDRO A. (1996). "Condições de trabalho nos bancos: fiscalizar ou negociar?", en *O mundo do trabalho*, Sao Paulo, Edição 46 / Oboré.
- CHANLAT, JEAN FRANÇOIS (1996). "Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho", en DAVELE, & VASCONCELOS J., *Recursos humanos e subjetividade*, Petrópolis, Vozes.
- CODO, WANDERLEY (1995). "Entre urgência e o pânico", en L.E.R. *Diagnostico, tratamento e prevenção*, Petrópolis, Vozes.
- COUTO, H. A. (1991). *Tenossinovite e outras Lesões por Traumas Cumulativos nos membros superiores de origem ocupacional*, Belo Horizonte, Ergo.
- KURPPA, K. et al. (1991). "Incidence of tenosynovitis or peritendinitis and epicondylitis in meat processing factory", en *Scand J. Environ Health*, vol. 17, núm. 1, pp. 32-37.
- LINTON, S.J. (1990). "Risk factors for neck and back pain in a working population in Sweden", *Work Stress*, vol. 4, núm. 1 pp. 41-9.