



Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

ISSN: 0303-7657

rbso@fundacentro.gov.br

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de
Segurança e Medicina do Trabalho
Brasil

Maeno, Maria; Wünsch Filho, Victor
Reinserção no mercado de trabalho de ex-trabalhadores com LER/DORT de uma empresa eletrônica
na região metropolitana de São Paulo
Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol. 35, núm. 121, enero-junio, 2010, pp. 53-63
Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100513733007>

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

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Artigo

Maria Maeno¹
Víctor Wünsch Filho²

Reinserção no mercado de trabalho de ex-trabalhadores com LER/DORT de uma empresa eletrônica na região metropolitana de São Paulo*

Reintroduction into the job market of former workers with RSI of an electronics industry in São Paulo metropolitan area, Brazil

¹ Médica, pesquisadora da Fundacentro, Ministério do Trabalho e Emprego, São Paulo, SP.

² Professor Titular, Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, SP.

* Artigo elaborado com base na Dissertação de Mestrado de Maria Maeno intitulada *Reinserção de trabalhadores com LER no mercado de trabalho*, apresentada ao Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – São Paulo, 2001, sob orientação do Professor Doutor Víctor Wünsch Filho.

Resumo

Este estudo aborda o adoecimento crônico pelo trabalho como fator de exclusão social e econômica por meio da análise do processo de reinserção no mercado de trabalho de trabalhadores com Lesões por Esforços Repetitivos (LER), desligados de uma empresa eletroeletrônica da região metropolitana de São Paulo. Foram considerados 722 trabalhadores que haviam tido comunicações de acidentes de trabalho (CAT) emitidas por LER no período de 1987 e 1992. As informações coletadas por meio de questionários enviados por correio e entrevistas realizadas em 1994 e 2000 foram analisadas no tocante a aspectos relacionados ao processo de adoecimento, à discriminação sofrida até o rompimento do vínculo empregatício e à busca por um novo emprego, com base na teoria das representações sociais. Dos 250 questionários respondidos, a maioria era de mulheres (98%) e jovens (67,2%) tinham até 34 anos de idade). Entre os trabalhadores desligados (n=195), na maioria entre 1991 e 1992, 89,2% continuavam desempregados em 1994. Entre as dificuldades alegadas para a reinserção no mercado de trabalho, as mais citadas foram: sintomas nos braços, limitação funcional, estigma da doença e a condição de ex-funcionário da empresa em questão. Coloca-se a necessidade de se repensar o sistema de proteção e vigilância à saúde do trabalhador, bem como de uma política pública de reabilitação profissional.

Palavras-chave: lesões por esforços repetitivos (LER); distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT); reinserção no mercado de trabalho; reabilitação física, psicossocial e profissional; representações sociais.

Abstract

This study addresses chronic illness due to work as a factor of social and economic exclusion, analyzing the process of reintegration into the labor market of workers with repetitive strain injuries (RSI) that were employed originally in an electronics company in the metropolitan region of São Paulo, Brazil. We considered initially 722 workers, who had received communications of work accidents (CAT) due to RSI from 1987 to 1992. Information collected through questionnaires sent by mail and by interviews conducted in 1994 and in 2000 was analyzed with regard to the disease process, the discrimination suffered until job termination, and the search for a new job, based on the theory of social representations. Of 250 questionnaires, the vast majority of respondents were women (98%) and young (67,2% were under 34 years old). Among laid-off workers (n=195), fired mostly between 1991 and 1992, 89,2% were still unemployed in 1994. The most frequently cited difficulties for reintegration into the labor were symptoms in the arms, functional limitation, the stigma of the disease, and of being a former employee of the company. These issues raise the need to rethink the system of health protection and surveillance of workers, as well as to establish a public policy on occupational rehabilitation.

Keywords: repetitive strain injuries (RSI); cumulative trauma disorders; work-related musculoskeletal disorders (WRMD); reintroduction into the job market; physical, psychosocial and professional rehabilitation; theory of social representations.

Recebido: 16/09/2009
Revisado: 09/04/2010
Aprovado: 14/04/2010

Introdução

Pesquisadores brasileiros têm realizado relevantes estudos das trajetórias dos excluídos do mercado de trabalho no Brasil. Seligmann-Silva (1997) analisou diversos aspectos referentes às trajetórias de trabalhadores em situação de desemprego por mais de seis meses, entre os quais, o papel relevante das doenças relacionadas ao trabalho como fator de impedimento à reinserção no mercado de trabalho. Guimarães (2004) analisou as trajetórias de trabalhadores de várias atividades produtivas desde 1989, quando foram desligados das empresas em que trabalhavam, até 1997, sob a ótica da reestruturação produtiva, tendo como origem os dados oriundos de duas bases: Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), com informações anuais das relações contratuais de emprego pelas empresas formalmente registradas ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), com informações do movimento de admissão e demissão de trabalhadores pelas empresas ao MTE.

Até a década de 1980, o perfil dos agravos relacionados ao trabalho que resultavam em períodos prolongados de afastamento era quase exclusivamente de acidentes de trabalho traumáticos. A partir da década de 1990, ainda que numericamente pouco significantes em comparação ao total de acidentes do trabalho, dentre as doenças relacionadas ao trabalho, as LER/DORT ganham visibilidade.

De caráter crônico, as LER/DORT frequentemente implicam sucessivos afastamentos por curtos e longos períodos, bem como limitações para executar a mesma atividade laboral causadora do adoecimento e outras atividades do cotidiano. São oficialmente reconhecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1999a; BRASIL, 2001; MAENO et al., 2001a; MAENO et al., 2001b; MAENO et al., 2001c; MAENO et al., 2001d; BRASIL, 2006a) e, desde 2004, são de notificação compulsória ao Sistema Nacional de Informações sobre Agravos de Notificação – Sinan (BRASIL, 2004). São também reconhecidas pelo Ministério da Previdência Social para fins de concessão de benefícios acidentários (BRASIL, 1999b; BRASIL, 2003).

Várias são as definições de LER/DORT, assim como inúmeros são os processos sociais de seu reconhecimento como doença ocupacional nos diversos países. Para este estudo, foi adotado o conceito de que LER/DORT se trata de um conjunto de entidades mórbidas do sistema musculoesquelético adquiridas pelo trabalhador submetido a determinadas condições de trabalho (KUORINKA; FORCIER, 1995; BRASIL, 2006a). Caracterizam-se por alterações funcionais e/ou orgânicas heterogêneas que, entre outros sinais e sintomas, resultam em fadiga neuromuscular crônica causada pelo trabalho realizado em posição fixa e/ou com movimentos repetitivos por tempo prolongado, sem tempo de recuperação. O quadro clínico é variado e inclui queixas de dor, formigamento, dormência, choque,

peso e fadiga precoce, com presença de entidades mórbidas ortopédicas definidas como tendinite, tenossinovite, sinovite, peritendinite, em particular de ombros, cotovelos, punhos e mãos e de quadros mais difusos, tais como cervicobraquialgia, distrofia simpático-reflexa ou síndrome complexa de dor regional. A alta prevalência de trabalhadores com sintomatologia significativa e incapacidade por tempo prolongado, aliada ao seu perfil sociodemográfico, contribuiu para a visibilidade social, propiciada pela mídia, pelos eventos científicos de várias especialidades médicas e de profissionais de saúde em geral e pelo movimento sindical. Com a emergência das LER/DORT, não eram mais apenas os “peões de chão de fábrica” os que sofriam e se afastavam devido às condições de trabalho. Além deles, passavam a adoecer trabalhadores administrativos, digitadores, bancários e comerciários, dentre outros. Nas fábricas eram atingidos, em particular, aqueles que exerciam atividades que exigiam rapidez, precisão e manutenção de posições estáticas, frequentemente na ausência de esforço físico com grande dispêndio energético.

População e métodos

A população estudada foi constituída por trabalhadores que exerciam a atividade de montagem de componentes eletrônicos em uma empresa de capital multinacional. Possuía instalações na região metropolitana de São Paulo desde 1972 e empregava aproximadamente 7.000 trabalhadores por ocasião do adoecimento dos trabalhadores estudados. Sua atividade concentrava-se na montagem de rádios, gravadores e toca-fitas para automóveis, realizada em linhas comandadas por sistemas de esteiras (SETTIMI et al., 1989).

Em 1992, um plano de desligamento foi organizado e centenas de trabalhadores que se encontravam afastados do trabalho por LER/DORT foram convocados pela empresa, que lhes ofereceu um acordo, cujo teor incluía o pedido de demissão por meio de uma declaração assinada no sindicato da categoria, segundo a qual os trabalhadores abriam mão do direito de recorrer judicialmente após o rompimento do vínculo empregatício. Em troca, teriam, além da liberação do fundo de garantia e das férias, o equivalente em dinheiro a um ano de salário e convênio médico gratuito por um ano. Alguns deles conseguiram dois anos de convênio médico gratuito.

Os pesquisadores inseridos em serviço público de saúde (SETTIMI et al., 1989) realizaram avaliações de inúmeros trabalhadores da empresa e participaram de várias visitas ao ambiente de trabalho no final da década de 1980 e início da década de 1990, quando tiveram oportunidade de comparar informações prestadas nas consultas com as obtidas nessas visitas e em reuniões com representantes empresariais e dos trabalhadores.

A primeira fase do estudo foi desenvolvida em 1994. A população estudada foi definida com base em 844 Comunicações de Acidentes do Trabalho (CAT) emitidas pela

empresa no período de 1987 a 1992 referentes à ocorrência de LER/DORT. Foram obtidos endereços de 722 desses trabalhadores, para os quais foi enviado um questionário por correio juntamente com uma carta explicativa. O questionário foi elaborado em linguagem simples e acessível, com perguntas fechadas e abertas, e abrangia informações referentes à identificação do trabalhador, às condições socioeconômicas, à situação empregatícia naquele presente momento, à função e ao ramo de atividade da empresa e, nas situações de desemprego, quais os motivos para aquela situação e, finalmente, as funções procuradas por eles no processo de reinserção no mercado de trabalho.

A segunda fase foi também desenvolvida em 1994. Oito pessoas, todas mulheres, foram escolhidas por conveniência, entre as que haviam respondido os questionários da primeira fase e haviam se desligado da empresa. Foram entrevistadas individualmente por médicos e psicólogos. As entrevistas seguiram uma estrutura que abordava as circunstâncias do desligamento da empresa, o processo de busca de um novo emprego, as perspectivas de trabalho e a percepção do estado de saúde. A terceira fase foi desenvolvida em 2000. Cinco das oito pessoas que participaram da segunda fase, de 1994 foram novamente entrevistadas por um profissional da área médica, que seguiu a mesma estrutura de entrevista utilizada na segunda fase.

Todas as entrevistas, realizadas em 1994 e em 2000, foram analisadas com concentração na investigação das representações sociais, que são formas de apreensão e compreensão, por parte dos entrevistados, das experiências da vida cotidiana, dando-lhes significados que lhes possibilitam agir e comunicar coerentemente tais experiências significativas dentro do contexto social do qual fazem parte (MOSCOVICI, 1978; SPINK, 1993; SPINK, 1994; WAGNER, 1994). Segundo Minayo (1992):

As representações sociais se manifestam em condutas e chegam a ser institucionalizadas, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua mediação privilegiada porém, é a linguagem do senso comum, tomada como forma de conhecimento e de interação social.

Resultados e discussão

Fase 1 – Questionários autoaplicáveis

Do total de trabalhadores da empresa, com CAT emitida por LER/DORT, 89,6% eram mulheres e 4,4%, homens. Não foi possível identificar 6% dos respondentes quanto ao sexo.

Dos 722 trabalhadores que receberam os questionários, 250 (34,6%) os retornaram respondidos, 245 (98,0%) mulheres e 5 (2,0%) homens. Esse percentual de questionários devolvidos foi considerado significativo, levando-se em conta a falta de tradição da população brasileira em participar de estudos pelo correio. Os fatores que motivaram o relativo alto índice de respostas podem ter sido o prévio conhecimento que os trabalhadores tinham do serviço de saúde a que pertencia

a equipe de pesquisa e a eventual esperança de que de alguma forma poderiam ser beneficiados.

A média de idade foi de 31,1 anos, com limite inferior de 20 anos e superior de 58 anos, com desvio padrão de 6,9. Cerca de dois terços tinham menos de 35 anos de idade.

A renda familiar média desses trabalhadores era de R\$ 451,32 (DP = 376,97). Para se ter uma referência, o salário mínimo vigente em dezembro de 1994 era de R\$ 70,00 e o salário mínimo necessário calculado para o mesmo mês foi de R\$ 728,90 (DIEESE, 1994).

Quanto ao vínculo empregatício com a empresa, 195 (78,0%) haviam se desligado da empresa e 55 (22,0%) nela permaneciam como funcionários. Os desligamentos haviam ocorrido entre 1988 e 1993, em sua maioria: nos anos de 1991 (10,8%) e 1992 (68,2%). Quando solicitados a responderem ao item referente às funções procuradas na tentativa de reinserção no mercado de trabalho, os 195 ex-funcionários da empresa, que haviam exercido a função de montadores, responderam ter optado pela busca de funções variadas: 13,4% deles referiram ter tentado novamente a reinserção como montadores; 7,1% haviam tentado se reinserir como balconistas e vendedores em comércio varejista de produtos consumidos em larga escala; 6,7% buscaram a função genérica de ajudante geral; 6,7%, atividades em confecção, como costureira, overloquista, arrematadeira; 6,3% tentaram prestar serviços domésticos, como empregada, faxineira, diarista; 4,3%, tentaram ganhar a vida com “bicos” em casa, tais como produção artesanal de bolos, salgados, roupas; 3,6% tentaram as atividades de vendedor domiciliar, promotor de vendas e demonstrador; 3,6% buscaram o serviço de auxiliar de escritório; 2,8% tentaram “bicos” fora de casa; 2,4% procuraram a função de telefonista ou operador de *telemarketing*; 2,4% de recepcionista; 1,9% de cozinheiro. Outras opções buscadas como tentadas foram cabeleireiro, professor, embalador, empacotador, operador têxtil e monitor de alunos.

Dos 195 desligados da empresa, 174 (89,2%) continuavam desempregados e apenas 21 (10,8%) consideravam-se empregados, com atividade regular à época em que responderam ao questionário, em 1994. As razões alegadas pelos desempregados para justificar a situação variavam, mas a principal referia-se ao problema de saúde que havia motivado o desligamento da empresa (**Tabela 1**).

Dentre os 21 trabalhadores que haviam conseguido reinserção no mercado de trabalho, 17 (81,0%) tinham carteira assinada; 4 (19,0%) declararam que o emprego no qual se encontravam era o que gostariam de ter. Em média, esses 21 trabalhadores haviam levado 26 meses para conseguir o emprego a que estavam vinculados na ocasião do envio do questionário (desvio padrão 1,69, menor tempo 2 meses, maior tempo 72 meses). Os ramos econômicos das empresas em que esses 21 trabalhadores estavam empregados estão apresentados na **Tabela 2**.

A **Tabela 3** exhibe as funções exercidas pelos trabalhadores empregados na ocasião em que responderam aos questionários.

Tabela 1 Razões alegadas pelos 174 ex-trabalhadores da empresa para justificar o desemprego por ocasião da primeira fase do estudo (Guarulhos, São Paulo, 1994)

<i>Razões referidas</i>	<i>Frequência*</i>	<i>%**</i>
Problemas nos braços (formigamento, falta de firmeza, dor, dormência, falta de força)	98	56,3
Sem condições de acompanhar o ritmo/Não conseguia trabalhar em fábrica, não conseguia trabalhar nem em casa	50	28,7
Carteira “suja” com carimbo do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)	31	17,8
Ninguém queria trabalhar com ex-trabalhador da empresa	26	14,9
Tinha muita idade para o mercado de trabalho	16	9,2
Tinha criança pequena	12	6,9
Estava em tratamento/Recebia benefício do INSS	10	5,7
Não sabia	7	4,0
Mercado difícil, principalmente para quem tinha limitação física	5	2,9
Estava movendo processo contra o INSS	3	1,7
Não tinha experiência em outra atividade	3	1,7
Não tinha estudo para outra função mais leve	2	1,1
Gravidez	1	0,46
Não estava “preparado psicologicamente”	1	0,64
Não achava função de montador	1	0,64
Estava se dedicando a estudo e ao lar	1	0,64
Perda de audição	1	0,64
Sem informação	4	2,3

* Alguns trabalhadores listaram mais de uma razão para justificar o desemprego

** % em relação ao total dos respondentes que se mantinham desempregados (174)

Tabela 2 Distribuição dos ex-trabalhadores da empresa que estavam com novo vínculo empregatício na ocasião da primeira fase do estudo (Guarulhos, São Paulo, 1994) segundo ramos econômicos das empresas a que estavam vinculados

<i>Ramos econômicos das empresas</i>	<i>Frequência</i>
Hospital/clínica/serviço de saúde	4
Serviços (associação, escola)	4
Comércio	3
Indústria de confecção	3
Fabricação de aparelhos telefônicos	1
Montadora de microcomputador	1
Indústria plástica	1
Indústria química	1
Indústria eletromecânica (retífica de motores)	1
Indústria têxtil	1
Alimentos	1
Total	21

Tabela 3 Distribuição dos ex-trabalhadores da empresa, empregados por ocasião da primeira fase do estudo (Guarulhos, São Paulo, 1994) segundo funções

<i>Funções ocupadas</i>	<i>Frequência</i>
Operadora de máquina (injetora, prensa)	2
Auxiliar de enfermagem ou similar	2
Monitora de alunos/inspetora/oficial escola	2
Overloquista/arremataderia/riscadeira/costureira	2
Professora	2
Auxiliar de escritório	1
Secretária	1
Balconista	1
Caixa/ajudante	1
Auxiliar de montagem/montadora	1
Operador de estoque/operador de almoxarifado	1
Auxiliar de eletrônica	1
Representante comercial	1
Ajudante geral	1
Embalador	1
Técnico de eletrocardiograma	1
Total	21

Fases 2 e 3 – Entrevistas em profundidade

O **Quadro 1** mostra dados gerais das 8 entrevistadas na segunda fase, em 1994.

As entrevistadas na terceira fase, em 2000, foram as trabalhadoras 1, 2, 5, 6 e 8. A trabalhadora 8, que se encontrava empregada em 1994, havia perdido o vínculo

empregatício em 1996 e a trabalhadora 4, que estava acamada, informou, por telefone, que continuava fora do mercado de trabalho.

Embora a análise tenha considerado todas as entrevistas, as falas literais neste artigo são da fase 1, desenvolvida em 1994.

Quadro 1 Dados gerais das entrevistadas em 1994.

<i>Trabalhador</i>	<i>Idade</i>	<i>Tempo de empresa</i>	<i>Forma de desligamento</i>	<i>Início do quadro clínico</i>	<i>Vínculo empregatício em 1994</i>
Trab 1	32	6 anos 8 meses	Acordo, 1992	1986	Não
Trab 2	33	7 anos	Demissão, 1993	1987	Não
Trab 3	33	5 anos 6 meses	Acordo, 1992	1990	Sim
Trab 4	37	10 anos	Acordo, 1991	1982	Não
Trab 5	47	5 anos	Acordo, 1992	1989	Não
Trab 6	35	9 anos	Pediu demissão, 1991	1990	Não
Trab 7	35	8 anos	Pediu demissão, 1991	1986	Sim
Trab 8	25	4 anos 6 meses	Acordo, 1992	1990	Sim

O adoecimento ocultado

A empresa metalúrgica, objeto deste estudo, era de grande porte e, ao contrário de outras do seu ramo econômico, possuía instalações iluminadas e limpas. Milhares de trabalhadores, em sua maioria mulheres, sentados em cadeiras de madeira, não reguláveis em altura ou inclinação do encosto, realizavam milhares de movimentos rápidos por dia, com dedos, mãos, punhos, cotovelos e ombros, inserindo fios e componentes de cores, tamanhos e formatos variados em placas, cortando fios, encaixando e ajustando dispositivos, parafusando, perfurando e testando os equipamentos montados. Eram operações complexas, que exigiam atenção constante e realização de grande número de movimentos pela sequência de microetapas dentro de cada uma delas. As formas utilizadas para a garantia da produtividade desejada incluíam o estabelecimento de metas, frequentemente ultrapassadas por mecanismos de estímulo ao aumento do ritmo de trabalho e rigoroso controle das idas ao banheiro, direito exercido apenas quando havia substituição pelas *utilities*, “guardiãs” que exerciam tanto o gerenciamento das linhas como substituíam as montadoras nos momentos de suas necessidades fisiológicas. O sistema permitia o aumento ou a diminuição do número de esteiras, conforme as demandas de mercado. Essa variação era operada pelas chefias de linhas, que buscavam cumprir suas metas e disputavam os prêmios destinados aos mais produtivos. A qualidade da montagem em todas as fases era monitorada “por cabeça”, isto é, havia um mecanismo de identificação da responsável por determinada etapa da montagem e esse desempenho ficava exposto em forma de gráfico das peças rejeitadas ao lado de cada uma delas. A jornada diária de trabalho era de 9 horas e 30 minutos, de segunda a sexta-feira, com 30 minutos para as refeições e 10 minutos de pausa em cada uma das metades da jornada.

Os salários elevados no contexto da localização da empresa e os benefícios sociais em forma de convênio médico e presentes em dias comemorativos não só aos funcionários, como também aos familiares, camuflavam esse modelo de produção de cunho *taylorista-fordista* e escondiam os trabalhadores com suas dores e expressões clínicas do sistema musculoesquelético.

Em geral, esses trabalhadores, quando incapacitados para o trabalho, eram afastados e permaneciam em casa informalmente, sem prejuízo de seus vencimentos. Era o preço que a empresa pagava para não encaminhá-los ao Seguro Social, onde poderiam chamar a atenção pela alta prevalência das doenças no ambiente fabril. Os setores de medicina e fisioterapia, de grandes dimensões, instalados dentro da empresa, eram bem conhecidos pelos trabalhadores, que os frequentavam para receberem medicações analgésicas e anti-inflamatórias e para sessões de eletrotermoterapia.

A identificação dessa situação crítica de saúde ocupacional ocorreu quando trabalhadores adoecidos passaram a procurar o sindicato da categoria e os serviços públicos de saúde do trabalhador. Essa procura

desencadeou investigações do poder público que resultaram na emissão de 1.038 CAT, condição administrativa necessária à época para a concessão de benefícios acidentários.

As entrevistas com as trabalhadoras revelaram uma clara percepção de que o contexto de trabalho a que haviam sido submetidas era responsável pelo adoecimento, o que desencadeava um intenso ressentimento e sofrimento em relação à empresa, considerada por elas, antes do adoecimento, como uma grande família. Mesmo enquanto faziam tratamento dentro da empresa, ainda continuavam a sentir-se valorizadas, identificadas como responsáveis e esforçadas. Porém, com o tempo, começaram a ser tratadas como um estorvo ao bom andamento do trabalho.

Se você fica doente, é tipo uma máquina, eles te tiram, tchau, arrumar outra sem o problema.

Todo mundo que tem LER é discriminado. Por quê? Porque conforme vai se agravando o problema, fica muito tempo afastado [...]. As empresas não querem um funcionário [...]. Eles querem um funcionário que não falte, né? Esteja ali, sempre faça hora extra. Mas a partir do momento que a pessoa começa a ter esse problema, já não pode mais fazer esse tipo de coisa. Então prá eles [...] já é tratada diferente.

A descoberta da face oculta do trabalho que adoeca

A ação do poder público, constituído conjuntamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), Ministério do Trabalho e Ministério Público Estadual, resultou na desativação do mecanismo de controle de velocidade das esteiras pelas chefias de linha e melhorias isoladas desenvolvidas por assessorias de ergonomia, tais como mudanças de mobiliário, instrumentos e equipamentos. Algumas linhas foram substituídas por células de trabalhadores, que não mais trabalhavam em série, mas em circuitos constituídos de algumas bancadas, para as quais se deslocavam os operadores, realizando blocos de operações de montagem no espaço de uma hora. No novo sistema, embora houvesse uma variedade de operações, inexistente nas linhas em série, o tempo e o ritmo de trabalho continuavam fora do controle dos trabalhadores, que argumentavam ficarem ainda mais cansados do que no sistema de esteira, por conta de deslocamentos, transporte e carregamento de cargas (bancadas com as partes montadas em cada estágio) e pela velocidade com que trabalhavam, como participantes de uma gincana. As metas estipuladas pela empresa continuavam e também a repetitividade de operações e movimentos, agora organizados em blocos.

Os trabalhadores adoecidos passaram a ser afastados do trabalho oficialmente, isto é, com emissão de CAT pela empresa, encaminhamento ao órgão de seguro social e recebimento de benefício acidentário. Os adoecidos passaram, assim, a fazer parte das estatísticas da Previdência Social. Quando retornavam ao trabalho, eram recolocados em um “setor” especificamente criado para acolhê-los, denominado “mesão”, ou pejorativa-

mente “setor do INPS”³. No “mesão” não havia cobrança de produtividade explícita e as operações eram muito simples, como, por exemplo, colagem de pequenas etiquetas em peças ou encaixe de um pequeno componente. O número de movimentos era muito menor do que nas linhas ou nas células e o ritmo de trabalho era, em tese, controlado pelos trabalhadores. No entanto, havia uma cobrança implícita por parte das chefias e esses trabalhadores sentiam-se constrangidos em exercer o direito que lhes era cedido pela empresa, como realizar pausas espontâneas, negadas aos demais. Esta situação manteve-se mesmo após tentativas do Ministério Público do Estado em fazer um pacto com a empresa, que incluiu para todos pausas adicionais reais àquelas já existentes. A empresa estipulou, depois de muitas tratativas, mais uma pausa de 2 minutos em cada metade de jornada, além das de 10 minutos já existentes.

Discriminação, plano de demissão voluntária e dissimulação da situação epidemiológica

As entrevistas revelaram que os trabalhadores haviam sido pressionados pela empresa a assinarem o “acordo” de demissão.

Dentre as formas de pressão para o desligamento, destacou-se o comportamento dos supervisores, que inicialmente respeitavam as restrições físicas dos que tentavam retornar ao trabalho após longo tempo de afastamento, mas logo os submetiam a situações constrangedoras, o que estimulava a marginalização dos trabalhadores:

Quanto a gente volta prá trabalhar, eles pisam em você. Acho que prá ver se chega ao ponto de você pedir a conta. Então eu aceitei o acordo. Era isso que eles estavam querendo mesmo, né?

[...] meu braço doendo cada vez mais, decidi parar para tentar tratar. Vou vender bolinho, mas não vou perder meu braço.

Quando você tem problemas de doença na empresa, você fica separado por mais ou menos um mês, depois te mandam de volta para o trabalho normal. Então, pedi para ser mandada embora porque não ia aguentar.

As normas trabalhistas estipulam a estrutura, os recursos e os métodos preventivos por meio de um tripé, constituído atualmente pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e pelo Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), respectivamente dispostos pelas normas regulamentadoras 4, 7 e 9 (BRASIL, 1978). Na percepção das trabalhadoras entrevistadas, havia uma articulação entre as chefias, o serviço médico da empresa e o SESMT. Sentiam os serviços de saúde como instâncias que avaliavam as condutas de exclusão promovidas pela empresa.

Segundo as entrevistadas, os trabalhadores que tentavam retornar ao trabalho eram constrangidos ou mesmo humilhados, sentindo que mais cedo ou mais tarde seriam desligados da empresa sem qualquer indeniza-

ção. As tentativas frustradas de retorno ao trabalho e a descrença de que a empresa abriria um espaço diferente daquele que lhes havia sido apresentado determinaram a decisão de desligamento em massa: “Saí para não me sentir marginalizada”. “Tinha sensação de ser inútil, de atrapalhar as pessoas. Tinha uma supervisora que me humilhava e falava que eu não servia para mais nada.”

Alguns achavam que conseguiriam começar “uma vida nova”, saindo da empresa e usando as verbas rescisórias para abrir pequenos negócios. Trabalhadores que só tinham tido experiência em um sistema de produção *taylorizado* tinham a esperança de que poderiam se tornar pequenos empresários. Não era uma opção; era, para muitos, a única saída.

Diante da falência da política de reabilitação profissional por parte do Estado e da empresa, a limitação da capacidade de trabalho para retornar à atividade plena de montagem significava também desvantagem social, situação que rebaixava os trabalhadores adocidos à condição de “cidadãos de segunda classe”.

Durante o tempo em que permaneceram na empresa, mantinham uma crença de que “o responsável” na matriz norte-americana certamente desconhecia o que ocorria e esperavam que em algum momento houvesse uma intervenção salvadora. Custava-lhes reconhecer que se tratava de uma política institucional e não de uma ação personalizada de alguns representantes corporativos.

A característica de pouca ou nenhuma visibilidade física das expressões clínicas das LER/DORT permitia aos leigos e aos médicos semear a dúvida de veracidade dos sintomas, de forma explícita ou implícita.

Me sentia constrangida e com mal-estar porque nem os médicos, nem as pessoas acreditavam que eu tinha o problema [...] Eles achavam que eu estava inventando a doença.

Meu chefe não tava nem aí e o que ele queria era serviço. Ele achava tudo frescura e que era psicológico.

Essas situações descritas pelas entrevistadas são decorrentes da gestão organizacional e definidas atualmente como assédio moral, nas quais se identificam investidas para se obter um desgaste emocional de trabalhadores, induzindo-os ao pedido de demissão.

Dentre os elementos que contribuem para suscitar atitudes discriminatórias contra pacientes com LER/DORT estão a íntima relação dessas afecções com a organização do trabalho, o acometimento de contingente significativo de trabalhadores, o difícil tratamento, a cronicidade e a pobreza de sinais visíveis. A ocorrência de epidemias em muitos ambientes de trabalho denuncia situações laborais adoecedoras e a falha dos sistemas de prevenção de acidentes e doenças. Em geral, os problemas de saúde não relacionados ao trabalho encontram maior acolhimento nas empresas, particularmente aqueles que apresentam sinais exteriores de alterações físicas e orgânicas. Não é o caso das LER/DORT.

³INPS: Instituto Nacional de Previdência Social cuja sigla era assim citada, mesmo com a mudança do nome para Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

A dificuldade de compartilhar a dor e o desconforto de estar em casa

A dor sem correspondência com alterações físicas visíveis levava, muitas vezes, à descrença em relação à existência de doença pelos familiares e à expectativa de que as trabalhadoras afastadas assumissem as tarefas domésticas, socialmente desvalorizadas como trabalho:

A gente que tem tendinite, não é uma doença visível, ninguém acha que eu tenho alguma coisa. Na época [empresa], eu pagava para alguém fazer coisas em casa. Em casa tem gente que poderia me ajudar, mas não me ajudam.

A pressão em minha casa é demais, insuportável [...]. Com esse problema no braço, tenho dificuldade para fazer comida, descascar batata, e eles não me ajudam [...]. Se pudesse escolher, gostaria de trabalhar com decoração de ambientes, só que fora de casa [...] às vezes estou descansando porque o braço já está doendo e ele [marido] chega do trabalho pedindo pra eu fazer comida! Eu falo que estou descansando, já fiz uma porção de coisas que não devia e aí ele se toca. Precisava ter que falar?

Identidade profissional e repercussões do adoecimento na vida pessoal e profissional

A identidade profissional das trabalhadoras entrevistadas com a empresa passava basicamente por alguns aspectos valorizados por elas. Trabalhar na empresa em questão as fazia trabalhadoras com autonomia financeira, familiar e social. Aquele vínculo empregatício repositar no mercado formal, trabalhar em ambiente limpo e não poluído, em uma grande empresa, onde tinham bom salário, férias remuneradas, fins de semana livres, décimo-terceiro, abonos, convênio médico e festas comemorativas. Era um trabalho reconhecido socialmente e essa condição as empoderava nas relações familiares. Elas haviam tido, um dia, a iniciativa de candidatar-se a uma vaga naquela empresa, haviam enviado currículo e concorrido com outras candidatas. Tudo isso as mantinha com autoestima elevada.

A perda do emprego formal significava, simultaneamente à ruptura com um contexto social que afirmava e reafirmava o trabalhador respeitado e valorizado pela sociedade, passar por um processo de reelaboração da sua identidade:

Só o fato de eu trabalhar fora, ter independência, meu próprio talão de cheques, meu convênio [médico]. Ter independência em primeiro lugar. Agora sou mais dependente. É diferente.

Quando você trabalha fora, as pessoas te respeitam mais, você, dentro de casa, não tem valor algum, nem com esse dinheirinho que ganho [...] Minha vida, sua vida significa trabalho, se você não trabalhar, você não faz nada.

A imagem discriminatória originada na empresa as perseguia no círculo social e na busca de recolocação no mercado de trabalho, processo dificultado por vários fatores pesquisados (**Tabela 1**):

Quanto fui procurar emprego, me falaram, claramente, que eu não seria contratada porque tinha minha carteira carimbada e porque tinha trabalhado na empresa.

As firmas sabem do problema da LER e sabem que na empresa tem muita LER, então eu acho que eles não me chamam por causa da carteira da empresa. Também pode ser por causa da idade [35 anos].

Esse envelhecimento relacionado ao tempo de trabalho e à especialização, não referente à idade cronológica dos trabalhadores, é citado por Cardoso, Comin e Guimarães (2006) como fator de dificuldade de retorno ao mercado de trabalho após uma demissão, que no caso deste estudo é adicionado pela notoriedade da empresa como fonte de adoecimento de seus funcionários.

O advento das LER/DORT e a perda do vínculo empregatício significou uma ruptura em sua trajetória ocupacional. Passaram a engrossar o grande contingente da população economicamente ativa cuja perspectiva é de um mercado de trabalho precário e refratário aos trabalhadores forjados na cultura fordista, cuja característica é a especialização não relacionada à escolaridade (ANTUNES, 2006).

Reinserção precária no mercado de trabalho

Seligmann-Silva (1997) constatou que departamentos de seleção buscam nos trabalhadores características relacionadas à assiduidade, ao compromisso e à responsabilidade, à boa vontade e ao empenho pessoal, ao não envolvimento em situações de conflito anteriores e à ausência de doenças. Desemprego por mais de 6 meses, procedência de empresas com epidemias de doenças, idade “avançada” para o mercado que exige trabalhadores cada vez mais jovens para serem adequadamente treinados foram considerados fatores depreciativos. A **Tabela 1**, sobre as razões alegadas pelos trabalhadores estudados para explicar a situação de desemprego, confirma muitos desses aspectos.

Os 21 trabalhadores que estavam empregados por ocasião das respostas ao questionário estavam inseridos em funções, dentro de empresas sempre menores, cujas características propiciavam também a ocorrência ou o agravamento de distúrbios musculoesqueléticos em grandes proporções. Após muitas recusas em processos seletivos, todos haviam utilizado as redes familiares para conseguir o novo emprego.

As funções procuradas pelos trabalhadores têm como traço comum a necessidade de treinamentos curtos, com pouca qualificação ou aquisição de tecnologia. Algumas delas, como as relacionadas à confecção (overloquista, arremataderia, riscadeira e costureira), são tradicionalmente femininas, manuais, inseridas em sistemas de trabalho fragmentado, similar a uma linha de montagem, frequentemente terceirizada, cuja produtividade é obtida pelo pagamento por peças (JINKINGS; AMORIM, 2006). A especialização no manuseio de mangas, colarinhos, punhos, dentre outras partes de

um vestuário é um recurso utilizado também para aumentar a produtividade, segundo depoimento dos trabalhadores, com sobrecarga do sistema musculoesquelético pela realização de movimentos repetitivos e permanência em posição desconfortável por tempo prolongado, além de forçar grupos musculares específicos. Casos de LER/DORT neste setor chamavam a atenção ainda na década de 1990, assim como entre outras atividades constantes da **Tabela 3** (SETTIMI; SILVESTRE, 1995; ASSUNÇÃO, 2001).

As redes capilares de vendas domiciliares construída por empresas de cosméticos e confecções atraíram as mulheres, mesmo que temporariamente, pela flexibilidade e a autonomia, que lhes permitia a ocupação com filhos pequenos. Limitações para carregar os produtos demonstrativos, a inadimplência das clientes com dificuldades financeiras e a instabilidade econômica foram fatores referidos para a desistência na continuidade dessa atividade.

Considerações finais

Os fatos referentes à empresa e aos trabalhadores estudados simbolizam a falência política do Estado na preservação da saúde dos trabalhadores. As condições a que eram submetidos 7.000 empregados e que afetaram a saúde de mais de 800 trabalhadores não eram identificadas por qualquer sistema de vigilância do poder público. Os trabalhadores adoecidos eram contidos no convênio médico e no serviço de saúde da própria empresa e, mesmo nos casos em que requeriam afastamento do trabalho, este se dava à margem da Previdência Social, em claro desacato à legislação.

O aparato preventivo da empresa, obrigatório pelas normas trabalhistas, constituído pelo SESMT, os programas de controle de riscos ambientais e de acompanhamento da saúde dos trabalhadores, precursores do PPRA e PCMSO respectivamente, apenas legitimavam essa situação de privação de direitos dos trabalhadores.

Mesmo com a emergência e a visibilidade dos trabalhadores adoecidos, o poder público pouco fez no tocante às condições de trabalho inadequadas. Apenas testemunhou o desligamento coletivo de um expressivo contingente de trabalhadores, que na maioria não conseguiu se reinserir no mercado de trabalho. O adoecimento ocupacional esteve diretamente presente na maioria das razões de desemprego relatadas pelos tra-

balhadores após o rompimento do vínculo empregatício com a empresa, seja pelos seus aspectos clínicos de cronicidade e limitações funcionais permanentes, seja pelos aspectos do mercado de trabalho, que oferece postos com exigência de ritmo de trabalho intenso, ou, ainda, pela existência de procedimentos de recusa de ex-funcionários da empresa por outras da região.

Sem uma política de reabilitação profissional, restou ao SUS e ao Seguro Social o ônus desse adoecimento ocupacional, do tratamento dos pacientes com dor crônica, do pagamento de benefícios por incapacidade e das sequelas.

Estatísticas recentes da Previdência Social mostram que os distúrbios musculoesqueléticos, dentre os quais aqueles referentes às LER/DORT, continuam a ser as mais frequentes causas de afastamentos dentre os agravos ocupacionais (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2007; BRASIL, 2008) e estão disseminados nos mais variados ramos de atividade (BRASIL, 2009). A permanência dessa grave situação ainda não foi suficiente para que se tenha construído uma política pública de reabilitação profissional que contemple mudanças das condições de trabalho, além de um sistema de assistência adequado a pacientes com dor crônica, capaz de propiciar alívio físico e psicológico. Pelo contrário, Takahashi (2006) analisa o processo de desmonte da política e das estruturas de reabilitação profissional do INSS nas décadas de 1990 e 2000.

Apesar de decorrida uma década desde a finalização deste estudo, o caso em questão continua sendo emblemático de outras inúmeras situações nas quais os órgãos do poder público nas esferas federal, estadual e municipal não se mostram capazes de desenvolver ações efetivas que protejam a vida e a saúde dos trabalhadores, submetidos a condições de trabalho e a gestões organizacionais que desconsideram seus limites e as necessidades humanas. Há que se repensar um sistema de proteção à saúde do trabalhador que inclua o ambiente de trabalho como um território dentro de cada município, que por sua vez localiza-se em um estado que faz parte do território nacional, cujos gestores têm obrigações legais junto a todos os cidadãos e aos espaços físicos por eles ocupados. Nesse caso, a ótica deve ser a de que o empregador tem a obrigação de oferecer condições de trabalho adequadas e de que os ambientes ocupacionais não se constituem em territórios marginais às leis vigentes no país.

Agradecimentos

Agradecimentos especiais a Fábio de Oliveira, Lúcia Fonseca de Toledo, Alexandre Bonetti Lima, Mirian Pedrollo Silvestre e Célia Cappucci, fundamentais no trabalho de campo e nas reflexões.

Referências

- ANTUNES, R. A era da informatização e a época da informalização: riqueza e miséria do trabalho no Brasil. In: ANTUNES, R. (Org.) *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006. p. 15-25.
- ASSUNÇÃO, A. A. Os DORT e a dor dos DORT. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO, 11., 2001, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte, 2001. 1 CD.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho. Portaria nº 3214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. *Diário Oficial [da] União*, 6 jul. 1978 – Suplemento.
- _____. _____. Portaria nº 1399/GM, de 18 de novembro de 1999. Institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde. *Diário Oficial [da] União*, 15 dez. 1999a.
- _____. Casa Civil. Decreto nº 3048/99, de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, 7 maio 1999, republicado em 12 de maio de 1999b. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto/D3048.htm>>. Acesso em: 05 jul. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. In: _____. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p. 425-482. (Série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 114).
- _____. Ministério da Previdência Social. Instrução Normativa nº 98, do Instituto Nacional de Seguro Social, 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*, 10 dez. 2003.
- _____. _____. Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial [da] União*, 18 jun. 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-777.htm>>. Acesso em: 02 jul. 2009.
- _____. _____. *Lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), dor relacionada ao trabalho: protocolos de atenção integral à saúde do trabalhador de complexidade diferenciada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_ler_DORT.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2009.
- _____. Ministério da Previdência Social. *Acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença concedidos segundo Códigos da Classificação Internacional de Doenças – 2006b*, da Secretaria de Políticas de Previdência Social/Área Técnica de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional/Coordenação de Monitoramento de Benefícios por Incapacidade. Disponível em: <http://www.mps.gov.br/arquivos/office/3_081014-103849-588.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2009.
- _____. _____. *Acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença concedidos segundo códigos da Classificação Internacional de Doenças – 2007*, da Secretaria de Políticas de Previdência Social/Área Técnica de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional/Coordenação de Monitoramento de Benefícios por Incapacidade. Disponível em: <http://www.mps.gov.br/arquivos/office/3_081014-103849-820.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2009.
- _____. _____. *Acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença concedidos segundo códigos da Classificação Internacional de Doenças – 2008*, da Secretaria de Políticas de Previdência Social/Área Técnica de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional/Coordenação de Monitoramento de Benefícios por Incapacidade. Arquivo: 3_090120-142131-03. Disponível em: <<http://www.mps.gov.br/conteudoDinamico.php?id=502>>. Acesso em: 02 set. 2009.
- _____. _____. Decreto nº 6957/09, de 9 de setembro de 2009. Altera o regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, no tocante à aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção – FAP. Anexo II – Lista C. *Diário Oficial [da] União*, 9 set. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6957.htm>. Acesso em: 02 dez. 2009.
- CARDOSO, A. M.; COMIN, A. A.; GUIMARÃES, N. A. Os deserdados da indústria: reestruturação produtiva e trajetórias intersetoriais de trabalhadores demitidos da indústria brasileira. In: GUIMARÃES, N. A.; HIRATA H. (Org.). *Desemprego: trajetórias, identidades, mobilizações*. São Paulo: Editora Senac, 2006. p. 45-90.
- DIEESE. Salário mínimo nominal e necessário - 1994. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminMenu99-94.xml#1994>>. Acesso em: 03 mar. 2010.
- GUIMARÃES, N. A. *Caminhos cruzados: estratégias de empresas e trajetórias e trabalhadores*. São Paulo: Editora 34, 2004. p. 237-278.
- JINKINGS, I.; AMORIM, E. R. A. Produção e desregulamentação na indústria têxtil e de confecção. In: ANTUNES R. (Org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006.

- KUORINKA, I.; FORCIER, L. (Ed.) *Work-related musculoskeletal disorders (WMSDs): a reference book for prevention*. Great Britain: Taylor&Francis, 1995.
- MAENO, M. et al. *Diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e fisiopatologia das LER/DORT*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a. 64 p. (Série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 105).
- _____. *Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. 36 p. (Série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 103).
- _____. *LER/DORT: dilemas, polêmicas e dúvidas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001c. (Série A, Normas e Manuais Técnicos n. 104).
- _____. *Saber LER para prevenir DORT*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001d. (Série A, Normas e Manuais Técnicos n. 106).
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1992.
- MOSCOVICI, S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- SELIGMANN-SILVA, E. A interface desemprego prolongado e saúde psicossocial. In: SILVA FILHO, J. F.; JARDIM, S. R. (Org.). *A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1997. p. 19-63.
- SETTIMI, M. M.; et al. Estudo de caso de trinta trabalhadores submetidos a esforços repetitivos. In: COSTA D. F.; et al. (Org.). *Programa de saúde dos trabalhadores: a experiência da zona norte: uma alternativa em Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 215-241.
- SETTIMI, M. M.; SILVESTRE, M. P. Lesões por esforços repetitivos (LER): um problema da sociedade brasileira. In: CODO, W.; ALMEIDA, M. C. G. (Org.). *LER: lesões por esforços repetitivos*. São Paulo: Vozes, 1995. p. 321-355.
- SPINK, M. J. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. J. (Org.) *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectivas da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 85-108.
- _____. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 117-145.
- TAKAHASHI, M. A. B. C. *Incapacidade e previdência social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990*. 2006. 278 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.
- WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 149-186.