

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**JORGIA MARISA SEIBEL**

**LESÃO POR ESFORÇO REPETITIVO (LER)  
E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO  
NAS INDÚSTRIAS CALÇADISTAS**

**Porto Alegre**

**2005**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

**JORGIA MARISA SEIBEL**

**LESÃO POR ESFORÇO REPETITIVO (LER)  
E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO  
NAS INDÚSTRIAS CALÇADISTAS**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.**

**Orientadora: Prof. Dra. Cinara Lerrer Rosenfield**

**Porto Alegre**

**2005**

**JORGIA MARISA SEIBEL**

**LESÃO POR ESFORÇO REPETITIVO (LER) E A ORGANIZAÇÃO  
DO TRABALHO NAS INDÚSTRIAS CALÇADISTAS**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, do Instituto  
de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade do Rio Grande do Sul, como  
requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia**

**Aprovado em 2005**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Fernando Cotanda**  
**Dept. Sociologia/IFCH/UFRGS**

---

**Prof. Dr. Marcelo Kunrath Silva**  
**PPGS/IFCH/UFRGS**

---

**Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi**  
**PPG Psico Soc. Instit./UFRGS**

## **AGRADECIMENTOS**

*Às trabalhadoras que aceitaram colaborar nas entrevistas, revivendo suas dores, permitindo-nos compreender melhor suas realidades de trabalho e adoecimento.*

*À minha mãe Jeny Seibel, pelo permanente e ilimitado apoio. À minha filha Gabriela pela paciência e pela compreensão com minhas ausências; ao filho Arthur, que chegou junto com o mestrado e acabou se transformando em uma grande motivação; e ao companheiro Luís pelo carinho e solidariedade.*

*À Professora Dra. Cinara Lerrer Rosenfield, minha orientadora, pelos comentários e valiosa colaboração .*

*À colega, Leila Suzana Hofstatter, em especial, pelo apoio e por compartilhar das minhas ansiedades durante o andamento da pesquisa.*

*Aos amigos Lúcia Backes e Benício Backes, pelos comentários e revisão do trabalho.*

*Ao colega Maiquel Kohlrausch, pela ajuda técnica, para que as entrevistas se viabilizassem.*

*Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, suas funcionárias e a todos os professores que de diferentes formas contribuíram/contribuem para nosso aperfeiçoamento intelectual.*

## **RESUMO**

Estudo e análise das implicações da reestruturação produtiva e organizacional na saúde dos trabalhadores, especialmente as Lesões por Esforço Repetitivo (LER) no setor calçadista junto ao pólo produtivo do Vale do Rio dos Sinos.

Parte-se do pressuposto que o aumento da prevalência de casos de LER dos trabalhadores calçadistas está intimamente ligado ao processo de produção. Assim, faz-se uma análise da reestruturação produtiva e organizacional das indústrias calçadistas e de dados empíricos coletados junto às trabalhadoras adoecidas das indústrias calçadistas dentro das formulações teórico-metodológicas do campo da Saúde do Trabalhador.

A partir do conjunto de elementos analisados, evidencia-se uma maior prevalência do adoecimento por LER, ligado ao processo de trabalho do setor calçadista, especialmente de trabalhadores provenientes de empresas de grande porte, em que se deu o processo de reestruturação de forma mais intensa. Os fatores decorrentes da reestruturação produtiva através da intensificação do ritmo de trabalho, da cobrança por quotas de produção, da multifuncionalidade e maior responsabilização, exigidas do trabalhador, mostram-se como um conjunto de fatores enfrentados no processo de produção que agem sinergeticamente na potencialização do processo de adoecimento.

Palavras-chaves: Reestruturação produtiva; lesões por esforço repetitivo; saúde do trabalhador.

## **ABSTRACT**

Study and analysis of the implications in the productive and organizational restructure of employees health, especially the Repetitive Strain Injury (RSI) in the footwear segment of the Vale do Rio dos Sinos.

It is presupposed that the increase of incidental RSI cases in workers in the footwear segment is intimately connected to the production process. Therefore this study analyses the productive and organizational restructure of the footwear industry and also empirical data gathered from sick workers in the footwear industry in the formulation theory- methodological sector of the Employees Health.

Considering these analysed set of elements, evidence points an increase of employees that are affected by RSI, linked to the work process in the footwear industry, especially in employees deriving from large companies, where the restructure process was experienced more intensively. The factors recurring from the production restructure through the intensification of the rhythm of work, high demand for substantial results, the multifunctionalism and an increase of responsibility on the worker show themselves like a set of factors that are faced in the production process that work synergically towards the process of RSI illnesses.

Key-words: Production restructure; Repetitive Strain Injuries, Workers Health.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>1 A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DO TRABALHADOR: O AUMENTO DA PREVALÊNCIA DAS LER .....</b>	<b>19</b>
1.1 TRABALHO EM TRANSFORMAÇÃO .....	19
1.2 TRABALHO E SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS .....	26
1.3 LER: CONCEPÇÕES E IMPLICAÇÕES .....	39
1.4 LER: RECONHECIMENTO E CONTROVÉRSIAS .....	47
<b>2 REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA DA INDÚSTRIA CALÇADISTA .....</b>	<b>56</b>
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA INDÚSTRIA CALÇADISTA NO CENÁRIO DA GLOBALIZAÇÃO... 56	
2.2 CARACTERIZAÇÃO DA INDÚSTRIA CALÇADISTA NO CENÁRIO NACIONAL E REGIONAL . 63	
2.3 MUDANÇAS DO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO CALÇADO NO BRASIL ..... 66	
<b>3 AS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS NO SETOR CALÇADISTA.....</b>	<b>77</b>
3.1 ALGUNS DADOS QUANTITATIVOS .....	77
3.2 A PREVALÊNCIA DAS LER E SUA INVISIBILIDADE INSTITUCIONAL-LEGAL..... 83	
3.3 LER: O COTIDIANO E A PERCEPÇÃO DAS TRABALHADORAS .....	94
3.4 O PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO: OS NOVOS MODOS DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO TRABALHO E SUAS IMPLICAÇÕES NO ADOECIMENTO POR LER. ....	106
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>117</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>126</b>
<b>A N E X O .....</b>	<b>131</b>

## ÍNDICE DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Quadro – 1	Distribuição de acidentes de trabalho no Brasil, segundo algumas doenças mais incidentes em 1997.....	44
Quadro – 2	Distribuição de doenças ocupacionais no Brasil segundo ano, entre 1982 a 1998.....	45
Quadro – 3	Custo da Mão-de-Obra na Produção de Calçados (US\$/hora) .....	59
Quadro – 4	Produção e Exportação de calçados do Brasil, 1997-2001.....	64
Quadro – 5	Escolaridade das Sapateiras.....	79
Quadro – 6	Distribuição das LER conforme a idade.....	80

## INTRODUÇÃO

O presente estudo situa-se dentro das investigações da Sociologia do Trabalho e tem como objeto central analisar as implicações da reestruturação produtiva e organizacional na saúde dos trabalhadores, especialmente o adoecimento por LER<sup>1</sup>, no setor calçadista do pólo produtivo do Vale do Rio do Sinos.

A análise, por nós proposta, deve ser compreendida dentro do processo de reestruturação do capital que, para manter a competitividade no mercado mundial e a lucratividade, adota uma série de modificações no processo de produção e gestão do trabalho, particularmente no final dos anos 60 do século XX. Neste processo de mudança observa-se a introdução de novas tecnologias e novos métodos de gestão e organização do trabalho, como forma de enfretamento dos limites dos regime de acumulação fordista, até então predominante.

---

<sup>1</sup> LER: Lesões por Esforço Repetitivo compõem um conjunto de quadros clínicos do sistema muscular-esquelético. São, aproximadamente, 51 entidades clínicas que passam a se enquadrar como LER/DORT quando sua origem é ocupacional. Essas patologias atingem principalmente, mas não somente, a região escapular, os membros superiores e o pescoço. Pela sua origem no trabalho, têm seu aparecimento insidioso e podem evoluir para a cronicidade e a recidivância. A dor é a principal manifestação clínica. Quando não tratada precocemente, levam, inúmeras vezes, à incapacidade permanente para o trabalho, mesmo que localizadas (Hoefel, 2003, p. 29).

Processo este, que como afirma Cotanda (2001), deve ser compreendido como resultado de todo um processo histórico, não determinista, decorrente das transformações ocorridas no âmbito social, político, econômico e cultural, marcado por diferentes perspectivas e interesses, permeado por tensões e confrontos e por processos de dominação e negociação entre os diferentes sujeitos sociais.

As transformações no mundo do trabalho a partir deste cenário têm sido motivo de inúmeras pesquisas, debates e controvérsias. Isto porque há, de um lado, concepções que afirmam que os princípios taylorista e fordista de produção seriam rompidos por novas relações de gestão e organização do trabalho e levariam a uma cooperação entre capital, gerência e trabalhadores, ao contrário das características de conflitualidade implícitas nestes modelos produtivos. Desta forma, ter-se-ia um trabalhador mais qualificado, participativo e, sobretudo, comprometido com os objetivos da empresa, significando para o trabalhador uma realização profissional, entre outros aspectos. Por outro lado, há os que advogam que os novos regimes de produção têm imposto uma flexibilização nas relações de trabalho e dos direitos dos trabalhadores, conduzindo a processos organizativos que levaram a uma intensificação do ritmo de trabalho, acúmulo de tarefas, multifuncionalidade sem, no entanto, levar a um enriquecimento profissional, além de produzir desgaste mental e doenças profissionais<sup>2</sup>.

Diante desse quadro, a temática por nós proposta, o estudo do adoecimento por LER<sup>3</sup> junto aos trabalhadores das indústrias calçadistas, ganha relevância, na medida em

---

<sup>2</sup> Destacamos que no presente estudo conduz-se a análise no sentido de compreender que o processo de reestruturação produtiva e as mudanças no mundo do trabalho se estabelecem nesta relação de conflitualidade e dualidade, embora observa-se que existam abordagens como os da Escola de Regulação, em que destacam-se autores como Aglieta, Benassy, Boyer, Mistral, Lipietz e Coriat, que propõe uma interpretação em que haveria uma nova compatibilização entre o regime de acumulação e o modo de regulação.

<sup>3</sup> Optou-se neste estudo utilizar a nomenclatura LER – Lesão do Esforço Repetitivo – e não DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, uma vez que esta nomenclatura tem sido usada como

que, ao se verificar como estas mudanças estruturais, organizacionais e de gestão têm atingido esse segmento produtivo, pode-se contribuir no debate em torno de algumas questões que envolvem o mundo do trabalho na perspectiva ampliar a discussão cada vez mais, principalmente no que tange as questões da saúde do trabalhador.

Diversos estudos apontam para o aumento do adoecimento de Lesões por Esforço Repetitivo, sendo que o crescimento desse fenômeno em âmbito mundial já o transformou em reconhecido problema de saúde pública. Esta patologia tem atingido constante e progressivamente diferentes ramos de atividades, atingindo, preferencialmente, trabalhadores jovens e mulheres. As LER se caracterizam por um conjunto de patologias do sistema músculo-esquelético que quando se tornam crônicas, são recidivantes e podem trazer incapacidade permanente e, atualmente, constitui-se em uma das principais causas de afastamento do trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

No presente estudo, parte-se do ponto de vista da Saúde do Trabalhador, do qual se toma as bases teórico-metodológicas para a compreensão do processo saúde-doença em sua relação com o trabalho, que leva em conta os conhecimentos de diferentes áreas como a sociologia, a psicologia e a medicina, para a compreensão do fenômeno social. Esta concepção, além de compreender que a noção de saúde está ligada a uma visão do trabalhador, em sua integralidade, ou seja, a seu aspecto físico e psíquico, entende que o adoecimento dos trabalhadores não se reduz a estabelecer um vínculo causal da doença a um fator de risco específico, mas que este deve ser analisado, tendo por foco, o modo de produzir e o modo de trabalhar, que são determinados socialmente.

---

forma de descaracterizar a relação entre a doença e trabalho, ligando o adoecimento, em muitos casos, a fatores de ordem individual.

Portanto, além de compreender a determinação social da doença e o seu contexto histórico, considera-se, ainda, a subjetividade no processo saúde-doença, ou seja, leva-se em conta a percepção dos trabalhadores, seu modo de ver o mundo e seu modo de inteirar-se com a realidade social.

As lesões por esforço repetitivo são, hoje, a mais freqüente das doenças do trabalho e deixaram de ser um modo de adoecimento de umas poucas categorias de trabalhadores. As LER passaram a ocorrer tão freqüentemente que se tornaram um grave problema para todas as categorias de trabalho, constituindo-se, inclusive como um problema social e de saúde pública. Apesar disso, assiste-se, ainda na atualidade, a uma grande discussão em relação ao nexos das LER com o trabalho.

Os trabalhadores adoecidos por LER, além de conviverem com a dor relacionada com sua patologia, têm que enfrentar situações em que o reconhecimento de seu adoecimento é colocado em dúvida. A legitimação de sua doença, perante as instituições, médicos das empresas, perito e INSS, caracteriza-se pelo que se pode chamar de invisibilidade institucional-legal, em que prevalece, entre estes, a concepção fundamentada na Medicina do Trabalho, centrada no saber médico, nos aspectos técnico-burocráticos, que com grande freqüência nega o vínculo do adoecimento com o trabalho.

Além desta dificuldade de reconhecimento e das práticas de invalidação das LER como doenças ligadas ao modo de produzir, os trabalhadores têm seu adoecimento relacionado a fatores de origem psicológica, ou ainda, a fatores fisiológicos congênitos ou adquiridos, portanto atribuindo o adoecimento a suscetibilidade individual. As explicações, relacionando a LER à predisposição psicológica, acabam por caracterizar os adoecidos como sendo pessoas frágeis e contribui para disseminar a idéia da culpabilização do

indivíduo pelo seu adoecimento, desconsiderando os fatores sociais e históricos envolvidos e, entre estes, os ligados à reestruturação produtiva.

Dentro deste contexto o centro da investigação desta dissertação, constitui-se em verificar qual a relação entre a LER e a reestruturação produtiva, na perspectiva de entender como os novos padrões produtivos instituídos pela indústria calçadista poderiam incidir sobre o aumento das LER junto aos trabalhadores deste setor. Procura-se verificar, também, como os trabalhadores têm enfrentado, no cotidiano, a negação do seu adoecimento pelas instituições governamentais e pelas empresas. Além disso, busca-se analisar a problemática da culpabilização pelo adoecer e o significado da improdutividade e o medo com o futuro profissional e, por fim, analisar como os processos de organização e gestão do trabalho têm sido percebidos pelos trabalhadores no cotidiano de trabalho.

Ao analisar-se a reestruturação produtiva deste setor verificou-se que, para manter sua competitividade, as empresas calçadistas implantaram mudanças no sentido da flexibilização das relações de trabalho através da subcontratação e terceirização. Além disso, as empresas, especialmente as de grande porte, adotaram mudanças tecnológicas (como a adoção da microeletrônica), organizacionais e de gestão, e, através de um processo de re-territorialização das empresas calçadistas, por meio da migração interna, buscaram incentivos fiscais e de infraestrutura e mão-de-obra mais barata.

Já para os trabalhadores calçadistas, este conjunto de mudanças adotado tem significado novas formas de produzir, com ampliação das responsabilidades, incluindo atividades de qualidade e manutenção e maior controle, por meio de avaliação do desempenho e assiduidade. Ainda, pela introdução de grupos de trabalho ou células de produção, que tem como principal objetivo o aumento da eficiência e da produtividade,

muda-se a relação de cobrança quanto às metas de produção. Ou seja, os grupos de trabalho, por exemplo, assumem uma nova face: o próprio grupo, e não somente a chefia, impõe cobrança pelas metas de produção.

Além das constatações acima, as mudanças têm significado, também, redução do número de postos de trabalho, sobrecarga e autonomia limitada. Em outras palavras, ocorre uma articulação na implantação dos modelos produtivos e a subordinação dos trabalhadores permanece nos novos métodos de gestão, assim como nos antigos processos fordista e taylorista.

Diante do exposto, nas conclusões, ao se retomar a hipótese inicial, verifica-se a confirmação da mesma, ou seja, que a adoção de mudanças na organização e gestão, bem como as inovações tecnológicas, iniciadas de forma mais intensa nos anos 90, junto ao setor calçadista, estariam incidindo no aumento de casos de adoecimento por LER. Assim dentro desta perspectiva, aponta-se para a necessidade de se repensar a organização do trabalho, levando em conta os princípios da saúde do trabalhador.

### **Procedimentos Metodológicos**

O presente estudo utilizou-se da metodologia qualitativa para análise dos dados. Como forma de complementar estes dados, optou-se, por apresentar, também, alguns dados quantitativos, reconhecendo que “a realidade é caleidoscópica e que a multiplicidade de métodos pode enriquecer a compreensão do fenômeno” (SPINK, 1994, p. 128). A utilização de mais de um método de pesquisa de forma combinada possibilita uma maior confiabilidade dos resultados obtidos, além de ser um fator de enriquecimento e não apenas servindo como fator de validação.

Foram realizadas quinze (15) entrevistas; destas, catorze (14) foram feitas com mulheres e uma (01) com homem. As entrevistas foram realizadas nas residências das trabalhadoras<sup>4</sup>, com agendamento prévio e foram gravadas com a autorização das mesmas, através de uma solicitação verbal por parte da pesquisadora. O fato das entrevistas serem realizadas nas residências contribuiu para aumentar o tempo disponível de entrevista, bem como neutralizar, de certa forma, a possibilidade de influência do ambiente de trabalho nas respostas. O número de participantes das entrevistas seguiu o critério da saturação, uma vez que a abrangência das informações obtidas, segundo nosso entendimento, já se mostrava suficiente para a análise do fenômeno.

A escolha das participantes das entrevistas se deu de forma aleatória, com os dados sendo coletados a partir da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), de posse do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Calçados de Igrejinha. As entrevistas foram realizadas no período de julho a setembro de 2004.

O grupo de trabalhadoras entrevistadas apresenta vários elementos comuns. Quase todas as trabalhadoras trabalhavam no mesmo setor produtivo (costura de calçados), apesar de serem de empresas diferentes. As trabalhadoras têm um regime de trabalho de 44 horas semanais, além de partilharem de um mesmo contexto social e cultural. Todas as entrevistadas vivem ou viveram o afastamento do trabalho; dessas, apenas três encontravam-se desempregadas.

Como forma de permitir uma maior aproximação do campo de estudo, e ter-se assim uma dimensão mais abrangente do processo produtivo e do ambiente de produção,

---

<sup>4</sup> Por opção pessoal, utiliza-se o termo trabalhadoras, visto que, das quinze entrevistas realizadas, catorze foram do sexo feminino e uma do sexo masculino.

realizou-se uma visita a uma empresa do setor calçadista, que realiza treinamento com os trabalhadores, antes destes ingressarem no setor produtivo. Com a finalidade de obtermos mais informações em relação à problemática da LER, também se fez contato com um advogado trabalhista especializado nas questões de doenças profissionais, com um empresário que prestou informações sobre as inovações tecnológicas, e com o sindicato dos trabalhadores.

Visitou-se e realizou-se contato também com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Santa Marta, em Porto Alegre, com a intenção de realizar um levantamento das doenças relacionadas ao trabalho de adoecidos provenientes do setor calçadista, mas não foi possível concluir esta investigação pela inexistência de um banco de dados que fizesse este recorte específico já que o sistema de informatização é recente e está em processo de implantação. A mesma também se inviabilizou pelo prazo desta pesquisa, uma vez que, segundo informações da entidade, existem cerca de 5.000 prontuários.

As entrevistas gravadas foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo, segundo uma adaptação da proposta de Bardin (1979). Segundo esta autora, a análise de conteúdo não é propriamente um instrumento, mas um conjunto de técnicas de análise das comunicações que depende do tipo de fala a que se dedica e do referencial teórico subjacente, devendo ser adaptada ao objeto pretendido. Assim adotaram-se dois procedimentos: o primeiro é marcado pela criação de uma categorização de análise, e o segundo, pela classificação dos elementos das falas e realização de agrupamento de falas, conforme a categoria criada para facilitar o processo interpretativo das informações. Além desse procedimento, submeteu-se cada entrevista, à análise da enunciação, apoiando-se num conhecimento do arranjo lógico de cada discurso, proposto por Bardin (1979, p. 169): “a análise da enunciação é complementar de uma análise temática previamente efetuada”.

Cada entrevista é estudada em si mesmo “como uma totalidade organizada e singular” (p.175), como forma de compreensão e apreensão do todo.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas utilizando-se de um roteiro norteador<sup>5</sup>, e partiram de três dimensões centrais, que posteriormente serviram para a construção de categorias de análise e interpretação dos dados: a reestruturação do setor produtivo, envolvendo os aspectos ligados às inovações tecnológicas; outro aspecto ligado à organização e gestão do trabalho e, finalmente, questões relacionadas ao adoecimento e suas repercussões no trabalho e fora dele. Estas três dimensões não foram analisadas de forma isolada, mas considerando sua dinamicidade e as inter-relações tendo em conta o contexto do trabalho e suas implicações no corpo do trabalhador produzindo desgaste.

A partir da análise dos dados foi possível estabelecer três categorias vinculadas aos diferentes aspectos do problema em estudo: 1) a prevalência das LER e sua invisibilidade institucional-legal; 2) LER: o cotidiano e a percepção das trabalhadoras; 3) o processo de reestruturação e os novos modos de organização e gestão do trabalho e suas implicações no adoecimento por LER.

O primeiro capítulo, *A reestruturação produtiva e suas implicações na saúde do trabalhador: aumento da prevalência das LER*, apresenta uma contextualização das mudanças ocorridas na conjuntura mundial, especialmente após os anos setenta do século XX e os impactos dos mesmos no mundo do trabalho. Num segundo momento, faz-se uma breve retomada histórica, bem como do referencial teórico sobre o qual se construiu a relação trabalho e saúde. Posteriormente, tratamos das LER e sua relação com a organização de trabalho no mundo contemporâneo, e finalizando este capítulo,

---

<sup>5</sup> Roteiro da entrevista em anexo.

apresentamos os problemas que envolvem o reconhecimento e as controvérsias em relação às lesões por esforço repetitivo.

No segundo capítulo, *A reestruturação produtiva da indústria calçadista*, traça-se uma contextualização das principais transformações ocorridas neste setor produtivo, no cenário da globalização, através dos novos processos de reestruturação. Em seguida, apresentamos a caracterização da indústria calçadista no contexto nacional e regional, suas mudanças, como forma de manter-se num mercado altamente competitivo. A terceira parte é dedicada às mudanças do processo de produção e gestão do setor calçadista no Brasil e suas implicações no cotidiano dos trabalhadores.

O terceiro capítulo, *As Lesões por Esforços Repetitivos no Setor Calçadista*, abrange as sínteses analíticas e explicativas elaboradas a partir da conjunção do referencial teórico e dos dados empíricos. Esta síntese acompanha as categorias que sustentam este estudo: a primeira parte discute a trajetória das trabalhadoras adoecidas por LER, frente à necessidade de “legitimar” sua situação de adoecimento perante os órgãos governamentais e empresas. Na segunda parte, faz-se uma análise dos impactos do adoecimento no dia-a-dia das trabalhadoras e na percepção destas frente à realidade de “improdutividade” e de “culpabilização” dentro e fora do local de trabalho. Finalizando, estar-se-á verificando como os novos processos produtivos, a que estão submetidas às trabalhadoras, contribuem com o adoecimento por LER.

# **1 A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DO TRABALHADOR: O AUMENTO DA PREVALÊNCIA DAS LER**

Ao se fazer um estudo sobre o adoecimento por LER no contexto da reestruturação produtiva no setor calçadista, sabendo-se que as mudanças nesse setor ocorrem dentro de um contexto macro-estrutural, torna-se importante, inicialmente, fazer uma breve contextualização do início e do próprio desenvolvimento da reestruturação produtiva e sua conseqüente mudança no mundo do trabalho. Após, tendo-se por base a contextualização da reestruturação produtiva e as conseqüentes mudanças no mundo do trabalho poder-se-á pensar o segundo momento: o trabalho e a sua relação com a saúde. Por fim, percorridas as duas etapas anteriores, têm-se as bases para pensar com mais profundidade, num terceiro momento, as possíveis implicações entre a reestruturação produtiva e o aumento do adoecimento por LER.

## **1.1 TRABALHO EM TRANSFORMAÇÃO**

As mudanças em curso no mundo do trabalho têm sido motivo de amplo debate e suscitado uma variada gama de pesquisas em torno dos impactos das mesmas na vida da sociedade contemporânea, além de pôr novas questões a serem enfrentadas pela humanidade. Questões ligadas às mudanças no mundo do trabalho, como a exclusão social, a precarização das condições e relações de trabalho, a perda de direitos sociais e a questão do desemprego, despontam como problemas que levam a reflexão.

Os elementos constitutivos das transformações do trabalho, iniciadas principalmente após os anos 70, do século XX, são de grande complexidade. Essa complexidade é fruto de mudanças intensas, de ordens diferenciadas e que, no seu conjunto, acabam por acarretar conseqüências significativas na vida da classe trabalhadora.

São mudanças estruturais, que fazem com que o capital implemente uma mudança radical na dinâmica do trabalho, com vistas ao enfrentamento da grande competição internacional objetivando a recuperação do seu ciclo reprodutivo. Deste cenário de mudanças, em termos macroestrutural, fazem parte o enfraquecimento dos Estados Nacionais; reorganização econômica com a preponderância do capital financeiro internacional; a difusão de novas tecnologias de informação e comunicação; a configuração de uma nova divisão internacional do trabalho e a reestruturação das empresas na lógica da racionalização flexível.

Assim, o novo paradigma do trabalho, da acumulação flexível, mostra-se como uma resposta à antiga organização científica do trabalho taylorista-fordista, que já não supria os objetivos do capital, ou seja, apresentava uma produtividade declinante, não gerando os patamares de acumulação predominante em períodos anteriores. A partir desse contexto, o capital busca através da reestruturação do processo de trabalho um novo ordenamento que, de um lado, passa por um enorme salto tecnológico e cria novos padrões referenciais para a classe trabalhadora e, de outro, não suprime a rígida divisão das tarefas, característica marcante do fordismo. Como diz Antunes (1999, p.36), “o capital reorganiza seu ciclo reprodutivo, mas preserva seus fundamentos”. Portanto, trata-se de reestruturar o padrão produtivo, através de novos processos de gestão<sup>6</sup> e organização<sup>7</sup>, que imprimam um maior dinamismo com vista a uma maior produtividade e acumulação do capital.

---

<sup>6</sup>Na definição de Chanlat (1996) gestão: significa “o conjunto de práticas administrativas colocadas em execução pela direção de uma empresa para atingir os objetivos que se tenha fixado. É assim que o método de gestão compreende o estabelecimento das condições de trabalho, a organização do trabalho, a natureza das relações hierárquicas, o tipo de estruturas organizacionais, os sistemas de avaliação e controle dos resultados, as políticas em matéria de gestão de pessoal e os objetivos, os valores e a filosofia da gestão que o inspira”. Afirma ainda, que os modos de gestão apresentam dois componentes, o modo de gestão prescrito, que é absoluto, prescrito, formal e estáticos, e o modo de gestão real, que apresenta-se de forma concreta, real informal e dinâmica (CHANLAT, 1996).

Essa reestruturação que, inicialmente, atinge os países capitalistas centrais, no final dos anos 80 e início dos anos 90, chega aos países periféricos. Nesse sentido, assistem-se, a mudanças de ordem macroestrutural como as privatizações, o enxugamento do Estado e as políticas fiscais e monetárias sintonizadas com os grandes organismos financeiros internacionais. Assim, segue-se uma intensa reestruturação produtiva que se expressa através de novos processos de trabalho, com novas técnicas de gestão e com a implementação de inovações tecnológicas de grande impacto. ampliação

De forma geral, no que diz respeito ao processo de reestruturação e às inovações tecnológicas e organizacionais adotadas no Brasil, segundo estudo realizado junto às centrais sindicais brasileiras, Santana (2000) aponta cinco elementos básicos desse processo:

(...) informática e automação, mudança na relação entre empresas (com destaque à terceirização de serviços), mudança na organização dos processos de produção/serviços (forte influência da idéia de produção enxuta, com a introdução da lógica *just in time/kaban*), transformações na organização dos processos de trabalho (implementação de esquemas de trabalho polivalente e difusão do trabalho em grupo) e mudanças na gestão do trabalho e na gestão empresarial. (p. 193).

Esses elementos apontados por Santana (2000), interferem significativamente nas condições de trabalho no que diz respeito às suas formas de organização, gestão e controle, pois - com vistas a uma maior produtividade - imprime novos ritmos e novos tempos<sup>8</sup>, muitas vezes determinados pela demanda externa do comprador. Também, impõem novas exigências com relação à formação dos trabalhadores e sua disciplina no local de trabalho.

---

<sup>7</sup> Por organização do trabalho designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, etc. (DEJOURS, 1987).

<sup>8</sup> Novos tempos, como a flexibilização da jornada de trabalho, através do banco de horas.

Esse novo ordenamento passa a exigir da classe trabalhadora um outro perfil e novas qualificações, cuja característica principal se concentra na flexibilidade quanto aos termos contratuais, de tempo de trabalho, horários, remuneração e formação diferenciada. Para um certo segmento de trabalhadores, com mais qualificação e escolaridade, esse cenário pode significar salários melhores, trabalhos mais estáveis e com perspectivas de desenvolvimento profissional. Segundo Kovács (2003, p. 11), para esses trabalhadores “a empresa (o trabalho) constitui um lugar de cidadania, de sociabilidade, de expressão e de subjetividade”. No entanto, isto não é real para a grande maioria de trabalhadores, não qualificada, que está sujeita ao desemprego, a uma maior competição, e à necessidade de cumprir rapidamente com as exigências de uma maior qualificação e escolaridade.

Como resultado do processo de reestruturação do capital adotado, pode-se perceber, no plano social, o desmonte dos direitos sociais dos trabalhadores, a ampliação do enfraquecimento do poder sindical, o incremento da terceirização e do trabalho precarizado. A prevalência do desemprego estrutural e a crescente informalidade da economia como forma de enfrentamento à exclusão social, parecem ter se tornado conseqüências inevitáveis deste processo.

É interessante observar que, no seu processo de reorganização, o capital passa a requerer os saberes do trabalhador não só no momento da execução da tarefa, mas também no processo de sua concepção. Quanto a este aspecto cabe destacar a afirmação de Bernardo citada por Antunes, (1999, p. 44-45), em que diz que, a capacidade e conhecimento dos trabalhadores demonstrados pelo movimento reivindicatório e pelas propostas sobre o funcionamento das empresas, acabou revelando, que os trabalhadores não possuem apenas força bruta, mas também inteligência, iniciativa e capacidade organizacional, qualidades que, portanto, passam a ser capitaneadas pelos sistemas de

administração das empresas. Nas palavras de Bernardo: “Um trabalhador que raciocina no ato do trabalho e conhece mais dos processos tecnológicos e econômicos do que os aspectos estritos do seu âmbito imediato é um trabalhador que pode ser tornado polivalente”. (BERNARDO apud ANTUNES, 1999, p. 44-45). Assim, a reestruturação do trabalho em curso apresenta uma base de sustentação que atinge a objetividade - base material dos trabalhadores -, e também a sua subjetividade - base imaterial (a consciência, a organização, os valores) - cujo produto é consumido no momento de sua produção.

Diante dos elementos acima apontados, observa-se na sociedade contemporânea o predomínio das exigências do capital sobrevalorizando as idéias de qualidade, competitividade e de flexibilização do emprego. Elementos estes cada vez mais presentes na vida dos indivíduos, atravessando, inclusive, as fronteiras da produção.

Assim, no plano econômico o (re)ordenamento do trabalho tem tido um papel importante no ajustamento sobre o qual se joga a competição internacional. A pressão para minimização do custo do trabalho, em nome da produtividade e da competitividade, leva à compressão do número de efetivos e à externalização de um número crescente de serviços, bem como o deslocamento de tarefas e de empresas para zonas de salários mais baixos. Isto se torna cada vez mais fácil, pois as empresas não precisam ser mais organizadas no interior dos limites geopolíticos dos Estados, visto que o sistema de informações permite o controle do processo a partir de um ponto central e, praticamente, em tempo real.

Dentro dessa lógica, e numa economia mundializada, com a predominância do capital financeiro e da rentabilidade a curto prazo, segundo Kovács (2003), existe uma pressão incessante para a máxima flexibilização do fator de trabalho. Neste contexto a “empresa idealizada é a empresa ‘magra’ ou a ‘empresa flexível’ que, de acordo com

estratégias diferenciadas combina diferentes regimes de emprego no eu interior, com vista a obter tanto flexibilidade funcional como flexibilidade quantitativa.”

Para os defensores do mercado de trabalho flexível, a desregulamentação da economia seria o principal meio para adequar o trabalho aos requisitos do mercado e para disponibilizar para as empresas uma força de trabalho mais barata, mais produtiva e, por conseguinte, mais competitiva. A desregulamentação do mercado de trabalho traria as condições indispensáveis para a melhoria da competitividade.

No entanto, no plano social o que já se percebe em termos práticos, é que para grande parte dos trabalhadores as formas flexíveis de emprego, têm trazido insegurança, salários mais baixos e desemprego. Ao mesmo tempo, observa-se que a possibilidade de diminuição das fadigas do trabalho, ou ainda a ampliação dos benefícios económicos e sociais para a classe trabalhadora, tem-se mostrado difícil. Constata-se também instabilidade económica, familiar e insegurança com o futuro profissional. Nesta realidade vivida pelos trabalhadores, vê-se aumentada sua vulnerabilidade, o que pode contribuir com o isolamento e à perda da identidade social, além de diminuir as formas de organização tanto individual como coletiva e levar ao enfraquecimento da possibilidade dos laços de solidariedade entre os mesmos.

É dentro deste quadro que se situa e, de certa forma, se soma aos aspectos acima descritos, outro fator que atinge os trabalhadores no contexto da reestruturação do trabalho: o adoecimento, foco da presente pesquisa. Segundo Kovács (2003), vários estudos sobre o processo de reestruturação, especialmente aqueles que envolveram *dowsizing*<sup>9</sup> e

---

<sup>9</sup> Dowsizing é um processo planejado de enxugamento do número de funcionários através da eliminação de postos de trabalho. Esse processo tem ocorrido nas empresas reestruturadas após os anos 80 e se caracteriza

reengenharia, evidenciaram o surgimento de conseqüências negativas para o estado de saúde de grande parte dos indivíduos. Um estudo longitudinal sobre o processo de reorganização e privatização de uma empresa pública inglesa, acompanhada nas suas diversas fases, demonstrou “aumento dos problemas de saúde, sobretudo na fase terminal da reorganização (perturbações no sono, aumento da tensão arterial, elevado nível de colesterol...). Além disso, surgem as perturbações na vida familiar, manifestas no aumento das separações e o divórcio”. (FERRIE et al, 1998 apud KOVÁCS, 2003).

Em relação a este aspecto, destacam-se também, estudos realizados por Assunção (2003) que revela que em cinco diferentes categorias profissionais (processamento de dados, trabalhadores da indústria de jóias, tele atendimento, trabalhadores de um laboratório de análises clínicas, e em auxiliares de enfermagem em um banco de leite humano) fica evidenciada a relação entre as mudanças no modo de produção, gestão e a precarização das condições da saúde dos trabalhadores<sup>10</sup>.

Assim, o trabalho - elemento fundamental de existência possível para aqueles que só dispõem da venda de sua força de trabalho - contraditoriamente tem trazido para o cotidiano dos trabalhadores a precarização do emprego e dos direitos sociais marcada pela perda da segurança da proteção da legislação trabalhista, pelo medo constante do desemprego, pela produção e acúmulo de estresse para se manter no emprego e por adoecimentos relacionados ao trabalho.

---

por um número menor de trabalhadores que produzem a mesma quantidade de produtos ou mais (Capelli et alii, apud Hoefel, 2002).

<sup>10</sup>Nos capítulos dois e três será aprofundado este tema, em especial a questão das LER e a reestruturação.

## 1.2 TRABALHO E SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

Analisar a relação trabalho-saúde é compreendê-la dentro de um contexto histórico e social, e perceber que essa relação é marcada por transformações do processo de gestão e organização do trabalho. Em outras palavras, é dizer que, a saúde do trabalhador está intrinsecamente relacionada ao modo de organização do trabalho na sociedade.

Compreender a saúde, nessa dimensão, significa considerar a determinação social da doença, bem como o modo de vida dos indivíduos, as condições objetivas e subjetivas dos trabalhadores, colocando em foco o processo produtivo como um todo e o trabalho em particular. É compreender que os danos à saúde possuem uma complexa e múltipla determinação, que não se reduz a “estabelecer um vínculo causal entre a doença e um agente específico ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho” (MENDES E DIAS apud BAPTISTA, 2004). É perceber que as condições de trabalho portam as marcas de uma relação de forças e dos valores da sociedade em que elas são geradas, pois as condições de trabalho revelam uma lógica social e as diferenças entre os indivíduos (ASSUNÇÃO, 2003, p. 1015).

Ainda, analisar a relação trabalho-saúde, a partir deste olhar, é considerar a subjetividade no processo saúde-doença, ou seja, buscar explicar o adoecer e o morrer dos trabalhadores, articulando o processo de trabalho a que são submetidos e o “conjunto de valores, crenças e idéias, bem como as representações sociais e a possibilidade de consumo de bens e serviços, na ‘moderna’ civilização urbano-industrial” (MENDES E DIAS apud BAPTISTA, 2004).

Nessa perspectiva, o trabalho é elemento central na compreensão do processo saúde-doença, não apenas porque gera ou pode gerar riscos para a saúde, mas

principalmente porque o trabalho - como categoria social - tem um papel fundamental na estrutura e organização da sociedade. O trabalho, na forma como ele se estrutura e se organiza na sociedade capitalista, pode produzir danos à saúde dos trabalhadores. Esses danos podem ser identificados através de doenças específicas (chamadas ocupacionais), acidentes de trabalho, morte e outros diversos e inespecíficos danos. No presente estudo prioriza-se os danos relacionados às LER no contexto da reestruturação produtiva e de gestão do setor calçadista<sup>11</sup>.

No estudo realizado por Assunção (2003), na área da saúde do trabalhador, já referido na primeira parte do trabalho, encontra-se uma análise de recentes estudos realizados junto a cinco diferentes segmentos produtivos. A partir desses estudos a autora observa que a relação saúde e trabalho deve levar em conta dois aspectos: primeiro, a dimensão da saúde para além da concepção de ausência de doença, expandido-se para os aspectos econômicos, sociais e psicológicos e, em segundo, argumenta sobre a importância de se levar em conta, as recentes mudanças nos modos de organização do trabalho, “pois o modo de as pessoas fazerem uso de suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para produzir foi transformado” (ASSUNÇÃO, 2003, p. 1006). Ainda, segundo a mesma autora, as pesquisas na área do trabalho têm revelado que, por um lado, exigem-se trabalhadores polivalentes, instruídos, com iniciativa, mas por outro lado, não possibilitam margem para que os mesmos trabalhadores possam decidir sobre os meios e sobre os fins, aumentando assim, apenas a intensificação da exploração no trabalho. Neste sentido, citando Antunes a autora faz a seguinte referência sobre a reestruturação do trabalho e saúde:

---

<sup>11</sup> Tema que será mais aprofundado nos capítulos posteriores, especificamente no segundo e terceiro.

A saúde dos trabalhadores é alterada no contexto da reestruturação produtiva que deriva de um ambiente social, político e econômico marcado pelas crises nos anos 60 e 70. As empresas começam a se reestruturar não somente pelo acirramento da concorrência, mas também por conflitos sociais relacionados às formas tradicionais de organização do trabalho e da produção. (ANTUNES apud ASSUNÇÃO, 2003).

Desse modo, torna-se importante, para se compreender a relação trabalho e saúde, que se faça uma breve retomada histórica, do referencial teórico sobre o qual ela se construiu. Esta relação caracteriza-se como um espaço de confronto entre diferentes concepções, na medida, em que ela é reveladora de contradições existentes na sociedade capitalista. Nessa perspectiva, quanto a este vínculo, entre trabalho saúde, tomamos de Nardi (1999), a seguinte referência:

Esse evento tem um caráter político definido dentro do conflito Capital/Trabalho porque é fruto desta disputa de maneira explícita no momento da produção, ou seja, dentro do espaço da fábrica, diferentemente das demais formas de adoecer, que também podem ser entendidas como fruto das desigualdades sociais, mas que têm seu lócus nas condições de reprodução. (p. 32-33)

A preocupação com a saúde dos trabalhadores, já desde a Revolução Industrial, a partir do século XVIII, suscitou uma atenção aos acidentes mutilantes fatais e às intoxicações agudas que acometiam homens, mulheres e crianças trabalhadoras. Neste período, as longas jornadas de trabalho, a higiene precária, a baixa remuneração, ambiente insalubre e a falta de assistência médica levavam ao adoecimento e à morte precoce. Há vários estudos realizados que demonstram esta situação aviltante a que estavam submetidos os trabalhadores. Em 1831, C. Turner Thackrar, médico inglês, em sua obra “Os efeitos das artes, ofícios e profissões e dos estados civis e hábitos de vida sobre a saúde e a longevidade”, mostrou as lamentáveis condições de vida e de trabalho na cidade

de Leeds, Inglaterra. São estudos que acendem uma primeira preocupação com a força de trabalho, com as perdas econômicas, o que suscitou a intervenção dos governos dentro das fábricas. Começa-se a ter a presença de médicos em fábricas e o surgimento das primeiras leis da saúde pública que marcadamente abordavam a questão da saúde dos trabalhadores. É neste contexto que surge a Medicina do Trabalho<sup>12</sup>, que irá focalizar sua prática no saber médico e centrar a doença no corpo do indivíduo. (MENDES apud KELLY, 2003).

Assim, a Medicina do Trabalho com os conhecimentos da “medicina científica” interfere, através da figura do médico, sobre o corpo do trabalhador. É uma concepção que se mostra baseada na exclusividade do saber médico, e não considera o trabalhador como sujeito ativo do processo de saúde-doença, considerando-o simplesmente como objeto de sua intervenção. (NARDI, 1999).

O modelo de serviço médico dentro das empresas que se difunde para vários países da Europa e de outros continentes, paralelamente ao processo de industrialização, passou a ter um papel importante no controle da força de trabalho através do aumento da produtividade e regulação do absenteísmo (MENDES & DIAS, 1991). A partir dessa lógica, o exame médico passa a ser uma forma de seleção dos mais aptos para uma maior produtividade. Ainda, conforme Minayo, nessa época, um marco na caracterização da saúde foi a sua vinculação à capacidade para o trabalho, que fez emergir no campo da medicina uma nova conceituação de saúde como avesso da doença. A doença passou a ser “uma condição socialmente reconhecida e legítima de inatividade”. Ainda, segundo o

---

<sup>12</sup> A Medicina do Trabalho emerge no contexto da Revolução Industrial. Apresenta como principal característica o fato de a prática médica estar circunscrita ao espaço fabril. Nas ações dessa vertente há uma concepção baseada na exclusividade do saber médico, eminentemente biologicista e individualizante, o qual se orienta pela concepção de que cada doença apresenta um agente etiológico. E essa unidirecionalidade é transposta para o recinto da fábrica, o que culmina em intervenções pautadas no isolamento de riscos específicos e na medicalização dos trabalhadores que apresentam sinais e sintomas referentes àqueles riscos relacionados. (Mendes e Dias, 1991 e Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997 apud KELLY, 2003)

autor, a concepção de saúde estaria associada “à necessidade de restaurar o corpo-trabalho para atender ao processo produtivo” (MINAYO & VERTHEIN, 2000). Minayo, citando Foucault, diz que este irá mostrar que o olhar sobre o corpo, local do bem e do mal, é fundador do indivíduo. Assim, conforme Foucault, “torna-se possível organizar em torno dele uma linguagem racional (...) poder-se-á, finalmente pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica”. Esse discurso científico, segundo Minayo, é que irá se estabelecer nos séculos seguintes, em que irá prevalecer a associação entre saúde/trabalho e corpo/doença. (idem).

Essa prática médica de “disciplinamento do corpo”, em que aparece o médico como agente da polícia, serviu de instrumento de controle dos “excessos do corpo”. A saúde constituirá uma proposta de poder político “agenciando não só a manutenção da força de trabalho, mas também a produção de bens e de homens para a evolução do processo produtivo” (idem, 2000). Segundo Minayo e Verthein, essa prática foi:

(...) refinada e institucionalizada, e passa a administrar todas as atividades para o bem-estar, a intervir na educação, supervisionar hospitais, prevenir e controlar epidemias. O discurso sobre saúde - assepsia, ordem, progresso, destino, acaso, bem e mal, - mistura, nesse momento, ciências e imaginário social, à medida que, reordenando valores e papéis sociais, os médicos vão definindo o bom e o mau comportamento, a boa e a má saúde e, também, catalogando os excessos, os desvios, os vícios e as perversões (MINAYO & VERTHEIN, 2000).

No início do século XX, com a expansão e consolidação do modelo iniciado com a revolução industrial e com a transnacionalização da economia, surgiu a necessidade de medidas e parâmetros comuns, como regulamentação e organização do processo de trabalho, que uniformizassem os países produtores de bens industrializados. Surgiu a organização científica do trabalho, o *taylorismo e o fordismo*, convertendo o trabalhador de

sujeito, em objeto de produção com base nas teorias modernas de administração, que tinham como finalidade, embora não exclusiva, o aumento da produtividade. Ao mesmo tempo, com o aumento da produtividade, com a incorporação de novas tecnologias, e novos processos de trabalho, tem-se um quadro em que se geram novos riscos para a saúde dos trabalhadores que culminavam em acidentes de trabalho e doenças profissionais.

Neste cenário emerge a concepção da Saúde Ocupacional<sup>13</sup>, com uma visão bem mais ampla que o modelo original de Medicina do Trabalho, apontando para a necessidade de se deslocar a ênfase no corpo do trabalhador para o ambiente de trabalho. Nesse contexto, se desenvolve o modelo epidemiológico multicausal da doença, ou seja, a doença é produzida por uma combinação de vários riscos - os “fatores de risco” - rompendo com o modelo monocausal da Medicina do Trabalho. Assim, reconhece-se que para controlar o ambiente de trabalho e os diversos fatores de risco (químico, físicos, mecânicos, etc) de doenças no trabalho, faz-se necessário um modelo multiprofissional. No entanto, na prática essa articulação entre as diversas disciplinas nem sempre ocorre, e o trabalhador também não participa do processo de discussão sobre a forma de gerir e produzir o trabalho.

Como reação prática da Saúde Ocupacional emerge, na Itália, na década de 70, um movimento exigindo maior participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança. É o Modelo Operário Italiano (MOI)<sup>14</sup> que se caracteriza pelo desenvolvimento

---

<sup>13</sup> A abordagem da Saúde Ocupacional fundamenta-se na intervenção nos ambiente de trabalho, sob o enfoque da proteção, prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores frente aos fatores causadores de risco no trabalho. Procura detectar os agentes que podem gerar agravo à saúde do trabalhador, recorrendo a investigação dos agentes químicos, biológicos e físico presente no ambiente, sendo importante controlá-los e monitorá-lo. Institui técnicas e normas de segurança como uma maneira de garantir a prevenção do acidentes e enfrentar as diversificadas condições de trabalho. Para isso, determina o uso obrigatório de Equipamento de Segurança no Trabalho, como uma forma de garantir a integridade física do indivíduo para o retorno rápido ao trabalho. (Mendes e Dias, 1991 e Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997 apud KELLY, 2003).

<sup>14</sup> O Modelo Operário Italiano fundamenta-se em tre pilares: o grupo homogêneo, a validação consensual e o princípio de não-delegação. Respectivamente, o primeiro pilar caracteriza-se pelo grupo de trabalhadores que estão submetido à mesma experiência e condições de trabalho; o segundo, a validação consensual é o julgamento do coletivo pelo qual se valida a experiência do trabalhador referente à condições de trabalho,

de um novo paradigma de conhecimento, partindo da confrontação entre o saber formal dos pesquisadores e o informal dos trabalhadores; constrói uma nova abordagem de pesquisa sobre as condições de trabalho, viabiliza o fortalecimento do coletivo de trabalhadores e, o mais importante, busca a recuperação do significado do trabalho. Vários princípios do MOI foram incorporados pelo movimento sanitário brasileiro e influíram no desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador no interior do sistema de saúde na década de 1980, como veremos posteriormente.

Já na corrente de pensamento fundamentada na Medicina Social Latinoamericana, que também incorpora princípios do MOI sobre saúde e trabalho, desenvolvidas a partir da década de 70, e especialmente nos trabalhos de Laurell e Noriega, encontrar-se-á a problemática da relação trabalho-saúde analisada a partir do “caráter social do processo saúde-doença e a necessidade de entendê-lo na sua articulação com o processo de produção” (LAURELL & NORIEGA, 1989). Essa concepção de saúde-doença como processo social, dinâmico e expressivo das condições de vida, compreende que a saúde e a doença não são fenômenos isolados, que possam ser definidos por si mesmos, mas estão intimamente vinculados ao contexto social, histórico, econômico e cultural (COHN & MARSIGLIA, 1993; LAURELL & NORIEGA, 1989; LIMA, 1998).

Hoje, a Saúde do Trabalhador<sup>15</sup>, fornece as bases teórico-metodológicas, para a compreensão do processo de saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o

---

enquanto, no terceiro, o conceito de não-delegação apóia-se no princípio de não delegar apenas aos técnicos e especialista o julgamento e o conhecimento sobre a nocividade da condições de trabalho. (ODDONE apud KELLY, 2003).

<sup>15</sup> A Saúde do Trabalhador se caracteriza como um campo em que confluem o conhecimento científico (universidades e centros de pesquisa) e o conhecimento informal (os trabalhadores); a articulação das diversas instâncias jurídicas e políticas do setor saúde do Estado; a interação com os movimentos sociais (sindicatos e outras instâncias populares) para traçar diretrizes de intervenção de intervenção no processo de saúde/doença relacionado com o trabalho. (MENDES E DIAS; 1991; LACAZ, 1997; MINAYO-GOMEZ E THEDIM-COSTA, 1997 apud KELLY, 2004).

trabalho, através de uma abordagem interdisciplinar, e se caracteriza como uma área de saúde coletiva, que se destina a pensar e promover ações referentes à temática saúde-trabalho.

Essa concepção, além de trabalhar com uma noção de saúde que dá conta do contexto global do trabalhador (físico e psíquico), também considera os movimentos coletivos dos trabalhadores na luta contra as condições de trabalho a que estão submetidos, através de resistências coletivas. Vale destacar que os direitos que os trabalhadores dispõem hoje foram conquistas resultantes desses movimentos coletivos. Além disso, nessa concepção, também são levadas em consideração as formas coletivas de resistência às imposições da organização no interior dos locais de trabalho (baseados no Modelo Operário Italiano).

A Saúde do Trabalhador, em sua caracterização da doença como sendo um processo de natureza histórica e social, difere da “medicina clínica e da epidemiologia de corte tradicional, ambas fundadas sobre o paradigma médico-biológico que concebe a doença como fenômeno biológico individual” (LIMA, 1998, p. 20), concepção até então hegemônica na medicina clínica e na saúde ocupacional, que concebe a doença como fenômeno biológico destituído de historicidade.

Dentro deste contexto, cabe destacar Ribeiro (2002), que critica o modelo da medicina clínica, em que o médico busca explicações objetivas e lineares para o adoecimento, pois os problemas de saúde envolvem relações sociais internas ao trabalho ou externas a ele, mas por ele determinadas. Ainda, segundo este autor, os problemas, “tendem a crescer porque tais relações sofrem nos tempos atuais um processo crescente de degradação fora do controle da sociedade. Por isso a sua causalidade é complexa, tem múltiplas dimensões, são menos explícitas e de difícil comprovação”. (RIBEIRO, 2002, p. 1).

Na mesma perspectiva de se entender a doença como uma produção histórica e social pode-se também apontar os estudos da Psicodinâmica do Trabalho que trazem nos anos 80 uma nova abordagem na análise das repercussões da organização do trabalho sobre o aparelho psíquico, especialmente a partir dos estudos de Christophe Dejours, que procura compreender como os trabalhadores alcançam um certo equilíbrio psíquico, mesmo estando submetidos a condições de trabalho desestruturantes.(DEJOURS, 1992; 2001) Além disso, a Psicodinâmica do Trabalho estuda não os indivíduos isolados, mas visa à coletividade do trabalho, buscando, assim, compreender o sofrimento psíquico em situações de trabalho e como diante de situações de sofrimento os trabalhadores utilizam mecanismos de defesa para o enfrentamento da situação. (MERLO, 2002, p. 130-142).

A Psicodinâmica do Trabalho tem como pressuposto que o trabalho pode ser fonte de prazer, na medida em que tem importância na vida do indivíduo e faz com que a maioria dos trabalhadores não perca o desejo de permanecer produzindo, além de ter, nessa atividade, a oportunidade de realização e de identidade para construir-se como sujeito psicológico e social. Ainda, a Psicodinâmica tem como pressuposto a relação existente entre as condições socioculturais e ambientais de um modo de produção e a condição de sofrimento à que pode estar sujeito o trabalhador. Assim, os estudos da Psicodinâmica do Trabalho apontam para estratégias que podem ser utilizadas pelos trabalhadores para fazer face às situações geradoras de sofrimento e transformá-las em situações geradoras de prazer, ou seja, segundo essa concepção o trabalho pode ser, ao mesmo tempo, fonte de prazer e de sofrimento numa permanente contradição.

Ainda quanto às limitações do modelo médico-biológico, para a compreensão da relação saúde-trabalho, cabe destacar Laurell (1998). Segundo esta autora, as limitações estariam apoiadas em quatro fatores referenciados por Lima (1998):

(1) o agnosticismo voluntário (limita-se a conhecer as relações de causa e efeito mais imediatas); (2) a fatoração dos riscos e das condições de trabalho (apenas há uma somatória de riscos, sem uma interação com o trabalhador); (3) os princípios da explicação mono ou multicausais; (4) a concepção desenvolvimentista da saúde, vista como em estado de equilíbrio a ser atingido, graças à eliminação progressiva dos agentes patológicos. (p. 20).

Há de se assinalar que, embora Laurell não negue toda e qualquer validade esta abordagem, aponta seus limites para entender os problemas de saúde em geral e em especial, àqueles relacionados ao trabalho. A autora propõe, dessa forma, transformar os conceitos e métodos usuais, ao mesmo tempo integrando-os num quadro teórico mais amplo e profundo.

Neste sentido, Laurell e Noriega (1989) propõem uma metodologia de intervenção nos processos de trabalho, que parte da análise da carga de trabalho<sup>16</sup> como elementos (objetivos e subjetivos) presentes no processo de trabalho que reagem dinamicamente entre si sobre o corpo do trabalhador gerando um desgaste, caracterizado como “perda da capacidade potencial e/ou corporal e psíquica” (LAURELL E NORIEGA, 1989). Nessa proposta os autores sugerem como forma metodológica de procedimento para a análise do processo de trabalho decompor, de um lado, as cargas físicas, as mecânicas, as químicas e as biológicas e, de outro, as fisiológicas e as psíquicas. Posteriormente, procura-se reconstituí-las de maneira a integrá-las novamente ao processo de trabalho. Assim, todos os saberes se juntam com o intuito de compreender o trabalho prescrito e o real referente a

---

<sup>16</sup> O conceito de “cargas de trabalho” se diferencia dos “fatores de risco” na sua amplitude porque, considerando a complexidade das determinações da doença presente no processo de trabalho, esse conceito permite “extrair e sintetizar os elementos que determinam de modo importante o nexos biopsíquico da coletividade operária e confere a esta um modo histórico específico de andar na vida” (LAURELL E NORIEGA, 1989).

cada atividade de trabalho, para alcançar explicações mais complexas sobre os condicionantes de risco à saúde (idem).

Na história brasileira, a luta por melhores condições de vida e de trabalho ganhou impulso no cenário que se delineou no país, no final da década de 70, do século XX, dentro do processo de redemocratização do país e do retorno ao Estado de Direito. Assiste-se, neste momento, a dois movimentos no campo da saúde, com vertentes distintas: o primeiro é o chamado Movimento Sanitário, que posteriormente gestou a Reforma Sanitária Brasileira, que buscava a integralidade da assistência e a superação do modelo dicotômico – medicina preventiva, medicina curativa. O segundo movimento é o Movimento Sindical, que introduz a questão da saúde nas pautas de discussão e reivindicação, seguindo, neste sentido, o Modelo Operário Italiano das décadas de 60 e 70. Nos acordos coletivos de trabalho são incluídas cláusulas garantindo a estabilidade no emprego, por períodos variados; complementação salarial aos trabalhadores vítimas de acidentes do trabalho e de doenças profissionais; o acesso do sindicato às informações relativas aos riscos e danos aos trabalhadores da categoria; a implantação de medidas de proteção individual e coletiva contra riscos no trabalho; estabelecimento de condições para a introdução de novas tecnologias no processo produtivo. (DIAS, 1994, p. 138-156).

Também se observa, no mesmo período, que, em algumas categorias de trabalhadores, a luta pela saúde passa pela transformação da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) em canais de maior participação e intervenção dos trabalhadores, objetivando melhores condições no ambiente de trabalho. Destaca-se também a criação do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), no ano de 1981, em São Paulo, que trouxe para o movimento pela saúde dos trabalhadores uma perspectiva de assessoria técnica especializada, respondendo pela

elaboração de estudos, de investigação e decodificação de um saber acumulado. (DIAS, 1994, p.148-156).

São os elementos acima destacados que estabelecem as bases para o momento culminante de mobilização popular pela saúde do trabalhador no Brasil que se dá na VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, que traz em seu bojo uma ampla concepção de saúde, entendendo-a como,

a satisfação das necessidades básicas de acesso a uma alimentação regular e nutritiva, moradia adequada, transporte seguro, serviços de saúde e educação eficientes, para além da simples ausência de doença, a falta de uma renda mínima que assegure esses direitos, constitui-se para uma ampla camada de trabalhadores, em efetiva deterioração de suas condições de vida e reprodução de força de trabalho. (ABRAMIDES E CABRAL, 2003).

A confluência desse conjunto de princípios e concepções se afirma dentro do campo institucional na II Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador, em 1994. Consolida-se, dessa forma, como conceito dentro dos textos legais na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) de 1990. (NARDI, 1999; DIAS, 1994). Ainda sobre esse aspecto, cabe destacar que a construção das referências que norteiam os princípios da Saúde do Trabalhador foram e continuam sendo estabelecidos num contexto de disputa. Por um lado, há os trabalhadores e seus representantes e, por outro o capital. Segundo Nardi (1999):

(...) a evolução dos sistemas de atenção à saúde dos trabalhadores no Brasil está marcada pela evolução da correlação de forças entre o Capital e o Trabalho, em que as formações discursivas (Medicina do Trabalho e Saúde do Trabalhador) ordenam as experiências e formas de entender a realidade social, tanto por parte dos trabalhadores como por

parte dos profissionais da saúde, no que se refere às vivências do adoecer/acidentarse relacionado ao trabalho (p. 36).

No Brasil, portanto, o surgimento do debate da Saúde do Trabalhador significou uma ruptura com os modelos e atuação da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, os quais são delineados pelo predomínio dos enfoques mecanicista, biologista, como já se desenvolveu anteriormente. A organização pela Saúde do Trabalhador surge no bojo do movimento pela Reforma Sanitária e das reivindicações do movimento sindical, principalmente frente aos problemas de saúde, provocados pela organização do trabalho e dos ambientes e ainda pela precariedade da legislação trabalhista frente às imposições do capital. (MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997).

Minayo e Thedim (1997) destacam que a criação da área da Saúde do Trabalhador, está caracterizada como um campo para o qual confluem o conhecimento científico (universidades e centro de pesquisa) e o conhecimento informal (os trabalhadores); a articulação das diversas instâncias jurídicas e políticas do setor da saúde do Estado; a interação como os movimentos sociais (sindicatos e outras instâncias populares) para traçar diretrizes e intervenção no processo saúde/doença relacionado com o trabalho. (MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997).

Os princípios, integralidade, universalidade, equidade e controle social defendidos pelo modelo de Saúde do Trabalhador constituem os enunciados que dão conta dessa proposta de atenção à saúde. O modelo também propõe a vigilância e intervenção nos ambiente de trabalho, e espaço para integração dos trabalhadores que adoeceram ou se acidentaram no trabalho através de uma atenção à saúde diferenciada. (NARDI, 2000, p. 222; 1999, p. 34-35).

No entanto, o modelo proposto pela Saúde dos Trabalhadores, apesar de estar definido e normatizado em textos legais, ou seja, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), enfrenta a resistência de setores hegemônicos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Esses segmentos estão enraizados nos serviços médicos das empresas e nas associações de profissionais, assim como dentro do Ministério do Trabalho. (NARDI, 2000, p. 222; 1999, p. 34-35). Assim, o debate sobre a Saúde do Trabalhador, sugere sempre novas discussões e novos envolvimento no sentido de pensá-lo e articulá-lo com todos os diferentes grupos da sociedade.

### **1.3 LER: CONCEPÇÕES E IMPLICAÇÕES**

Como afirmamos no início desse trabalho, buscamos analisar a relação trabalho-saúde no contexto das mudanças que o capitalismo impõe para manter o ciclo reprodutivo do capital. Assim, abordamos as LER e o aumento de sua prevalência compreendendo, que as mesmas, estão intrinsecamente relacionadas à forma de organização e gestão do trabalho na sociedade contemporânea. É no processo de produção, na forma como os trabalhadores produzem, que buscamos compreender estas lesões, que vêm crescendo, e já são consideradas por alguns especialistas e pesquisadores, como uma questão de saúde pública (RIBEIRO, 2002, MINAYO & VERTHEIN, 2001).

As causas ou relações do trabalho com a doença são uma preocupação já muito antiga. Em 1700, por exemplo, o médico italiano Bernardino Ramazzini, já descrevera o sofrimento dos artesãos escriturários, sinalizando a leveza e a repetitividade do esforço, a sobrecarga estática das estruturas e dos membros superiores (RIBEIRO, 1997). Em 1893, Gray's Anatomy refere-se ao quadro clínico do “entorse de lavadeira”, um inchaço do tendão provocado por movimento como torcer o tecido. Este estudo destacava como fator

do problema, os movimentos repetitivos freqüentes de um grupo isolado de músculos, enquanto o resto do corpo permanecia horas a fio parado na mesma posição (RIBEIRO, 1997). Encontram-se também referências, de que na Suíça, em 1918, trabalhadores como mecanógrafos/datilógrafos e telefonistas, recebiam indenizações pelos empregadores por terem sido vitimados pelos esforços no trabalho (RIBEIRO, 1997).

Assim, pode se dizer que as LER fazem parte da vida dos trabalhadores desde há muito tempo. O que se viu foi que, ao longo do desenvolvimento do processo de produção, como, por exemplo, o trabalho mecânico, que foi se automatizando, passou-se a exigir maior destreza das mãos, fazendo-se acompanhar da expansão e freqüência de casos de LER, situação que num primeiro momento estava circunscrita a algumas categorias (RIBEIRO, 1997).

Após a metade do século XX, em termos tecnológicos, por exemplo, assiste-se uma inflexão acelerada no sentido da automação do processo de produção, não mais mecânica, mas microeletrônica, possibilitando a incorporação dos computadores às máquinas, conferindo flexibilidade à automação preterida, fordista. Aliadas às mudanças tecnológicas, introduziram-se novas relações de controle interno do trabalho. Dentro desse contexto, as LER se fazem presentes em todas as atividades econômicas e categorias de trabalhadores, tornando-se um grave problema do trabalho e da saúde pública<sup>17</sup>, contrariando uma expectativa da década de 80, quando se pensava que o trabalho repetitivo e suas repercussões na saúde diminuiriam com o avanço da tecnologia, ou seja, com a sofisticação e leveza das máquinas e equipamentos ter-se-ia a diminuição dos impactos

---

<sup>17</sup> Sobre este aspecto Ribeiro (2002, p.3) afirma: “Esta é uma patologia do trabalho que por sua universalidade e grandeza parece assinalar a transição entre o perfil de morbidade anterior da classe trabalhadora, caracterizada por doença e acidentes tidos como de causalidade objetiva, como são os acidentes típicos e as doenças tidas como ocupacionais, para o atual, onde as relações do trabalho como adoecimentos e doenças como são menos explícitas e demonstráveis e mais complexas e antrópicas”.

sobre a condição de saúde dos trabalhadores. (Ribeiro, 2000). Também Ribeiro (1998, p. 632), diz que a modernização das técnicas e da organização do trabalho “não necessariamente é acompanhada de uma redução das imposições eventualmente nocivas para a saúde”, citando como exemplo que a evolução das imposições de horário e ritmo pode igualmente ser portador de conseqüências patogênicas eventuais.

Com a expansão das novas tecnologias de automação, associada às novas formas de organização do trabalho, as LER se alastram nos países industrializados, com nomes de *cumulative trauma disorders (CTD)*, *repetitive strain injury (RSI)* *occupational overuse syndrome (OOS)*, *occupational cervicobrachial disorders (OCD)* e *lésions attribuibles au travail répétitif (LATR)*, respectivamente, nos Estados Unidos, Austrália, Alemanha, países escandinavos e Canadá (RIBEIRO, 1997). Assim como no Brasil, os números não são precisos na maioria dos países, mas o que se sabe é que a prevalência de casos é cada vez maior. Nos Estados Unidos, por exemplo, em 1998, ocorreram 650 mil casos de LER/Dort, responsáveis por dois terços das ausências ao trabalho, a um custo estimado de US\$ 15 bilhões a US\$ 20 bilhões, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>18</sup>. Também, recentemente, o Jornal Le Monde, publicou reportagem em torno do problema, destacando a prevalência de casos na França: em 2002 mais de 21.000 casos de LER foram reconhecidos, chamando ainda a atenção para o fato de os casos terem se tornado não só na França, mas também na União Européia, desde cinco anos para cá, a primeira das causas de indenizações<sup>19</sup>.

Segundo Ribeiro (2002), da metade do século XX para cá, com características muito parecidas às descritas por Ramazzini em 1700, as LER teriam se universalizado e

---

<sup>18</sup> Folha de São Paulo: 28/02/2001

<sup>19</sup> Jornal Le Monde: 18.01.2005

estariam presentes em quase todas as categorias de trabalhadores, com prevalência variável entre 5% a 30%. Segundo o mesmo autor, em termos tecnológicos o que assinala esta universalidade é a automação microeletrônica simbolizada pelo computador. Mas, como das vezes em que foram introduzidas inovações técnicas importantes, as mudanças não ocorreram apenas nas tecnologias de processo, mas nas relações e controle internos do trabalho. Isto é, nos fatores referentes à organização do trabalho, através da intensificação do ritmo, da execução de grande quantidade de movimentos repetitivos em grande velocidade, exigência de produtividade entre outros.

No início dos anos 80, as LER, surgem, no Brasil, com as características de uma doença do trabalho, vista inicialmente em bancários que trabalhavam como digitadores em um centro de processamento de dados de um banco estatal. Essa doença é apresentada em 1984 pela Associação de Processamento de Dados do Rio Grande do Sul, no V Congresso Nacional de Profissionais de Processamentos de Dados, ocorrido em Belo Horizonte, dada a alta prevalência de tenossinovite entre digitadores. No mesmo evento, o termo lesões por esforço repetitivo foi referendado pelo médico Mendes Ribeiro como denominação da doença em todo o território nacional (MINAYO & VERTHEIN, 2001). Logo as LER passariam a ser diagnosticadas em outros centros de processamento, em escriturários/caixa de bancos, à medida que a automação chegava à periferia do sistema financeiro. E também apareceram nas indústrias – metalúrgica, química e, principalmente, na linha de montagem microeletrônica, em caixas de supermercado e embaladores - tornando-se, na década de 90, junto à surdez, as doenças do trabalho mais notificadas ao INSS e as que mais demandaram aos serviços de saúde do trabalhador (RIBEIRO, 1997).

Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil não dispõe de um banco de dados epidemiológicos que cubra a totalidade de trabalhadores; tenham eles vínculo

empregatício, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ou autônomos, prestadores de serviço, funcionários públicos ou mercado informal. De acordo com os próprios órgãos governamentais, os levantamentos estatísticos oficiais não retratam o quadro real de como adoecem os trabalhadores, sem contar a subnotificação<sup>20</sup> no registro do número de acidentes do trabalho e de doenças profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Os dados disponíveis, para análise, são provenientes da Previdência Social, que se referem apenas aos trabalhadores do mercado formal (menos de 50% da população economicamente ativa). Ressalta-se que os mesmos são coletados para fins pecuniários e não epidemiológicos. O Sistema Único de Saúde (SUS) não inclui as LER, de forma específica em suas estatísticas, o que acaba não oferecendo uma visão mais objetiva da prevalência desse adoecimento.

No quadro abaixo, referente à distribuição de acidentes de trabalho no Brasil, os dados foram baseados nas emissões das CATs<sup>21</sup> (Comunicação de Acidentes de Trabalho) processadas pela Dataprev. É importante ressaltar que nem todos os acidentes de trabalho registrados no ano de 1997 estão aí representados. No caso das doenças, mais incidentes em 1997, por exemplo, foram registrados nesse quadro, cerca de 30% do total, segundo informa o próprio Ministério da Saúde (2001). Percebe-se a expressiva prevalência de casos de sinovite e tenossinovite, superando o segundo item, com quase o dobro de casos,

---

<sup>20</sup> A subnotificação dos acidentes e das doenças reflete práticas e políticas das empresas/ instituições ou da perícia médica em não registrar o problema de afastamento ou mesmo negá-lo; fazer acordos pessoais que tornam desnecessário o encaminhamento à perícia média; ainda, falta de padronização no preenchimento das CID (Código Internacional de Doenças) situação que se completa pela falta de informatização dos dados, por parte dos órgãos governamentais, o que dificulta a realização de estudos epidemiológicos. (Ribeiro, 1997).

<sup>21</sup> Comunicação de Acidentes de Trabalho (CATs): é um instrumento legal utilizado para registro de acidente/doença de trabalho, seu preenchimento é de responsabilidade da empresa (embora possa ser realizada pelo sindicato da categoria, autoridade local, serviço de atendimento ou pelo próprio trabalhador). A emissão da CAT tem fins de registro e de acesso à burocracia da Seguridade Social. O seu preenchimento é

de convalescências pós-cirúrgicas. Destaca-se que o Ministério da Saúde observa que há controvérsias em relação à caracterização dos quadros clínicos sobre a concessão e reconhecimento das LER, para obtenção de benefícios previdenciários. Isso acaba por interferir na real situação em termos de dados estatísticos. Ainda, segundo a mesma, fonte os trabalhadores atendidos nesses serviços com diagnóstico de LER/DORT são, em sua grande maioria, jovens e mulheres, dos mais diversos ramos de atividade e com as mais variadas funções.

### Quadro 1

#### Distribuição de acidentes de trabalho no Brasil, segundo algumas doenças mais incidentes em 1997<sup>22</sup>

Código Internacional de Doença – CID	Total	Típico	Trajeto	Doença
Sinovite e tenossinovite	12.258	2.606	126	9.527
Convalescença pós-cirurgia	6.149	5.047	926	176
Ferimentos de dedos da mão. (sem menção de complicação)	5.754	5.698	45	11
Fratura de falanges, fechadas	5.262	4.912	333	7
Ferimento de dedos da mão (complicado)	3.776	3.733	38	5
Lumbago	3.060	2.727	92	241

Fonte: Proteção. Anuário Brasileiro de Proteção. Edição 99.

---

um reconhecimento pela empresa de que o trabalho levou à doença ou ao acidente (motivo que leva muitas empresas não realizar este registro), (NARDI, 1999).

<sup>22</sup> Observamos que no Quadro 1, obtido junto ao banco de dados do Ministério da Saúde, guarda uma imprecisão quanto as informações, como por exemplo, não fica esclarecida a questão do trajeto como acidente de trabalho, nos casos de sinovite e tenossinovite, apontando a fragilidade da construção de dados no campo de saúde.

O quadro dois, referente à distribuição e doenças ocupacionais no Brasil, obtido junto ao banco de dados do Ministério da Saúde (2000), apresenta o número de doenças ocupacionais no Brasil entre os anos de 1985 e 1998. O mesmo mostra um aumento, ao longo do período, o qual se intensifica a partir do ano de 1992. Esse aumento, segundo a análise apresentada pela Secretaria de Políticas de Saúde do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (2000), deu-se às custas de LER, a despeito da subnotificação existente. (Ministério da Saúde, 2001). Ressalta-se que nos últimos dois anos (1998 e 1999), observa-se queda importante de notificações.

## Quadro 2

### Distribuição de doenças ocupacionais no Brasil segundo ano, entre 1982 a 1999

<i>ANO</i>	<i>FREQÜÊNCIA</i>
1982	2.766
1983	3.016
1984	3.233
1985	4.006
1986	6.014
1987	6.382
1988	5.025
1989	4.832
1990	5.217
1991	6.281
1992	8.299
1993	15.417
1994	15.270
1995	20.646
1996	34.889
1997	36.648
1998	30.489
1999	22.032
<b>TOTAL</b>	<b>230.462</b>

Fonte: Boletim Estatístico de Acidentes do Trabalho - BEAT-INSS-1999

Em relação à queda do número de casos, tanto os estudos de Filho (1999), como os de Ribeiro (2002), afirmam que há necessidade de ter cautela nesta análise dos dados. Filho (1999) afirma que “a epidemiologia deve manter estreita vigilância sobre as mudanças nas taxas de acidentes de trabalho” (ou no caso das LER), “tendências declinantes não devem iludir. Deve-se, antes, questionar o seu significado e resultado” (FILHO, 1999, p. 1-45). As análises devem levar em conta, por exemplo, que os dados referem-se aos trabalhadores com emprego formal. Já Ribeiro (2002), diz que há necessidade de se aprofundar estudos neste sentido, mas aponta alguns elementos que considera importantes em relação à queda nos dados: a) a informalidade crescente nas relações de emprego, inviabilizando a emissão das CATs; b) a restrição crescente das empresas emitirem a CAT; c) a resistência do INSS em referendar as CATs; d) o fato de várias empresas industriais e dos setores de serviços já terem atingido suas metas de reestruturação produtiva e do trabalho, eliminando uma centena de milhares de postos de trabalho e concluído o ciclo de demissões (Ribeiro cita o exemplo do setor bancário que reduziu 60% em quinze anos); e) a redução de tarefas e funções pela automação; f) a própria dificuldade de acesso a serviços de saúde e à previdência social, associada à dificuldade de organização dos trabalhadores frente ao contexto de flexibilização. Dentro disso, Ribeiro conclui que:

De qualquer sorte, constem ou não das estatísticas do INSS, a prevalência da doença, ou seja, o número de casos em relação ao número de trabalhadores empregados, continuou aumentando na década de 90. Este crescimento absoluto preocupa, não tanto pela gravidade da doença que não é fatal e não necessariamente evolui, mas pela incapacidade temporária ou definitiva para o trabalho que onera a previdência social e a sociedade como um todo e agrava o processo de exclusão social (RIBEIRO, 2002).

Quanto à questão da subnotificação cabe ressaltar que a mesma, pelo que se pôde constatar na presente pesquisa, é feita pelas empresas ao “maquiarem” o preenchimento das CATs, na medida que não informam o que de fato ocorre com o trabalhador, ou simplesmente não realizam o preenchimento do documento.

Ainda em relação aos dados acima, pode-se verificar que o aumento dos casos de LER, no período final dos anos 80, início dos anos 90, se dá dentro do contexto de mudanças macroestruturais que incidiriam no processo de reorganização da gestão e organização do trabalho, tema desenvolvido na primeira parte do presente estudo, e que vem ao encontro da hipótese do mesmo: o aumento dos casos de adoecimento dos trabalhadores em decorrência de um conjunto de mudanças do processo de produção, que passaram a requerer dos trabalhadores maior produtividade, polivalência de funções, ritmo, pressão pelo aumento de metas de produtividade causando problemas de ordem física e psíquica. Assim, o estabelecimento de determinadas condições de trabalho, a organização, a natureza das relações hierárquicas, o tipo de estruturas organizacionais, os sistemas de avaliação e controle dos resultados, as políticas em matéria de gestão de pessoal e os objetivos, os valores e a filosofia da gestão podem efetivamente levar ao adoecimento dos trabalhadores.

#### **1.4 LER: RECONHECIMENTO E CONTROVÉRSIAS**

No Brasil, as LER passaram a assumir relevância a partir da década de 80, diagnosticada inicialmente em digitadores, como já se assinalou, mas o seu reconhecimento como doença profissional data de 1987<sup>23</sup> – embora com várias restrições e

---

<sup>23</sup> Em 06 de agosto de 1987, o Ministério da Previdência Social publica a Portaria 4062 que reconhece a tenossinovite do digitador como doença ocupacional. Embora utilize a expressão tenossinovite do digitador,

obstáculos ao reconhecimento da doença vinculado ao trabalho pela legislação previdenciária. A organização e a mobilização dos trabalhadores através dos sindicatos e das comissões de saúde, que inicia com os profissionais em processamento de dados, foram fundamentais para o reconhecimento da patologia como doença do trabalho, conforme apontam estudos como os de Merlo (1999). Em 1990, como resultado do processo de organização dos trabalhadores elabora-se uma nova versão da Norma Regulamentadora 17 (NR 17), fixando limites para as empresas em que há postos de trabalho com esforço repetitivo, ritmo acelerado e posturas inadequadas. A NR 17 dedica uma seção aos problemas relacionados com a organização do trabalho, estabelecendo uma ligação direta com a doença. Segundo Merlo (1999), não se trata mais de definir as condições (física, químicas, biológicas, ergonômica) potencialmente agressivas à saúde, mas de introduzir a questão da organização do trabalho, definida na portaria editada pelo Ministério da Previdência Social, reconhecendo a tenossinovite como doença profissional.

Atualmente está em vigor a versão publicada em 20 de agosto de 1998, com duas seções, sendo uma delas de atualização científica e, a outra, trata dos benefícios propriamente ditos e critérios de concessão de benefícios, sendo esta escrita exclusivamente pela Previdência Social, que manteve o texto anterior, a despeito de protestos e sugestões de alternativas enviadas pelos movimentos sociais e de organização dos trabalhadores. Isso porque a Norma Técnica, sob a ordem de serviço (OS 606), cria obstáculos para as notificações de casos iniciais e cria critérios mais restritos para a concessão de benefícios, contradizendo, em alguns itens, a própria legislação vigente sobre o tema (Ministério da Saúde, 2005).

---

estende a possibilidade do acometimento de outras categorias profissionais que “exercitam os movimentos repetidos dos punhos”. ([www.ministeriosau.de.gov.br](http://www.ministeriosau.de.gov.br))

Além dos obstáculos para as notificações para recebimento de benefícios, Minayo diz que, prevalece um enfoque racionalista, que atribui ao “corpo-trabalho” uma relação mercantil, como forma de instituir uma proteção ao trabalhador, citando quanto a esta questão:

Os adicionais de insalubridade e periculosidade que pagam pelo uso do corpo em lugar de substituir ambiente e agentes nocivos; a preponderância do equipamento de proteção individual, em detrimento das ações de proteção coletiva; as demissões de trabalhadores, após o diagnóstico de uma doença profissional relacionada ao trabalho; a negação freqüente do nexa da doença com o trabalho; a atitude do médico de não falar da doença, do trabalhador de não sentir como doença o que sente, e do empresário de negar a doença (MINAYO & VERTHEIN, 2000).

No debate em torno do reconhecimento das LER como doença profissional, uma das questões mais polêmicas diz respeito à objetividade das lesões, ou seja, segundo MINAYO & VERTHEIN (2001), assiste-se, na atualidade, a uma grande discussão em relação ao nexa das lesões por esforço repetitivo com o trabalho, procurando descaracterizar o mesmo, por um entendimento particular do sujeito-doente, ou lesionado.

Sobre este aspecto, Minayo & Verthein (2001), afirmam que além de pesquisas sobre o tema, o próprio INSS, procuraria descaracterizar a relação com o trabalho, discutindo-se a produção de um tipo de subjetividade predisposta ao adoecimento, que serviria ao propósito específico de reduzir os custos da Previdência Social, a partir da descaracterização da doença que, atualmente, mobiliza recursos vultosos do INSS.

Minayo & Verthein (2001), em um estudo junto ao INSS-RJ, fazem referência pela opção de utilização da nomenclatura LER, uma vez que esta estaria associada ao esforço repetitivo, isto é, a repetição requerida pela musculatura dos membros superiores, em

determinadas condições de trabalho. Já nos DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), os autores apontam que nas avaliações feitas no INSS-RJ, haveria uma tendência na utilização de subsídios de caráter neurológico e psiquiátrico que fundamentariam suas interpretações na noção da dor inespecífica e crônica, de “corpos predispostos à degenerescência”. Enfatiza-se dessa forma, segundo o autor, “o entendimento dos DORT como doenças adquiridas por uma predisposição do sujeito a adoecer” (MINAYO e VERTHEIN, 2001, p. 10).

A perícia médica do INSS-RJ, segundo o autor, estaria dissociando da história de trabalho, o adoecer do trabalhador e realizaria, dessa forma, diagnósticos múltiplos aos portadores de LER. Portanto, não reconhecendo sua relação com o trabalho. Na prática do INSS-RJ, “os elementos de baixa estima e culpa seriam associados às DORT, não como efeitos do processo de adoecimento, mas como alicerces de uma natureza frágil e desajustada, predisposta à enfermidade” (2001, p.10). A doença seria decorrência do descuido que as pessoas têm de si mesmas, o que geraria para o trabalhador, conforme a autora, um processo de culpabilização. Citando Foucault, a autora diz que a produção de culpa seria uma das “técnicas de si” que responderia às exigências de um “corpo asséptico – sem doença e sem paixões - corroborando com a construção do corpo-instrumento, silencioso, domesticado, submisso e, ao mesmo tempo – e acima de tudo - educado para ver-se saudável no trabalho”. (FOUCAULT, 1997, apud MINAYO & VERTHEIN, 2001, p. 5).

Oliveira (1998) afirma que a LER, por se constituir numa doença em que o diagnóstico é fundamentalmente clínico, faz com que os trabalhadores fiquem submetidos à autoridade de médicos, para serem reconhecidos como pessoas portadoras de uma doença relacionada ao trabalho. A dificuldade de diagnóstico - uma vez que a LER nem sempre

pode ser confirmada por exames complementares - e o fato de ser uma doença relacionada com a organização do trabalho, tem gerado uma série de mal entendidos e preconceitos em relação aos lesionados. Isto é, procura-se descaracterizar a doença a tal ponto que os trabalhadores acometidos por LER não terem seus diagnósticos associados ao seu histórico precedente de trabalho, mas a um tipo de personalidade que “engendraria um sujeito-doente” (MINAYO & VERTHEIN, 2001).

Entre as argumentações que procuram descaracterizar a LER e associá-la a questões de ordem individual, ou de cunho psicológico, é o fato de que trabalhadores submetidos a situações semelhantes de trabalho não desenvolvem a LER, ou a desenvolvem em graus diferentes. Ribeiro (2002) refere-se a essa questão da seguinte maneira.

...não são apenas os meios e os instrumentos de produção e a quantidade e qualidade dos movimentos, pois além dos componentes materiais e fisiológicos desses trabalhos, há muitas e importantes diferenças que dizem respeito ao conteúdo intrínseco de cada um deles, à sua organização, relações internas e externas e destino social (RIBEIRO, 2002).

Além de destacar diferentes elementos que contribuem para uma resposta à questão acima, Ribeiro tece também uma crítica às atitudes de médicos que apenas procuram ordenar, classificar e nomear doenças, como se os doentes fossem iguais. Os mesmos não o são pois “se não existe um indivíduo igual ao outro, como não existem impressões digitais iguais, as formas de sentir e reagir face aos estímulos e agressões das relações internas e externas ao trabalho, serão próprias a cada um” (RIBEIRO, 2002).

Já Lima (1998, 2000) faz referências às teorias que procuram dar o entendimento de que as LER teriam uma origem psicológica ou seriam causadas por fatores fisiológicos

congenitos ou adquiridos, não considerando a dimensão social na gênese das doenças, ficando assim, segundo o autor, o risco de criarem-se explicações reducionistas ao focar o indivíduo como objeto exclusivo de investigação, desconsiderando os fatores econômicos, sociais e históricos envolvidos. Esse tipo de abordagem, segundo Lima, estimula o posicionamento, de culpabilização do trabalhador pela doença, tendo como consequência a atribuição da responsabilidade à pessoa adoecida, sendo mais uma fonte de sofrimento.

Há também abordagens sobre LER que privilegiam a dimensão “psicologizante”, ou seja, a doença como decorrência de processos psíquicos, geralmente desvinculados das condições e organização do trabalho, ou de uma predisposição psíquica oriunda de características específicas de personalidade. (ARAÚJO, 1998; CHIAVEGATO, 2003).

Alguns trabalhos associam as LER, a uma visão psicossomática, ou seja, poderia estar ligada a um comportamento compulsivo, que só se expressaria diante de uma organização do trabalho patogênico, ou seja, a organização do trabalho aproveitaria e estimularia o trabalhador com este perfil, gerando os problemas decorrentes (ARAÚJO et al., 1998; LIMA, 2000). Segundo Araújo et al (1998), em estudos realizados constataram que aspectos relativos à personalidade, tais como perfeccionismo, elevado senso de responsabilidade, busca excessiva de reconhecimento (aumento da produção e aceleração do ritmo de trabalho) submissão a exigências de produção e qualidade, podem contribuir para o desenvolvimento desses distúrbios. Todavia, estes fatores isolados não gerariam a doença, o que reafirmaria a necessidade de integrá-los aos demais aspectos determinantes das LER.

Já na perspectiva que atribui ao contexto socioeconômico e cultural um papel

preponderante na determinação da gênese das LER, destacam-se, principalmente, duas correntes de pesquisa: as interpretações da iatrogênese social e as interpretações da simulação (MARTIN & BAMMER apud CHIAVEGATO, 2003). Nessas abordagens, afirma-se que as LER são, na verdade, simulações, que se caracterizam, na maior parte das vezes, como artifícios utilizados pelos trabalhadores no conflito social com seus empregadores, no contexto do trabalho, tendo em vista benefícios relacionados ao salário, autonomia, ritmo de produtividade etc (CHIAVEGATO, 2003). Portanto, haveria ganhos secundários do trabalhador com a simulação, como compensação monetária por incapacidade para desempenho das atividades. Os defensores dessa corrente não negam a existência de um distúrbio, mas recusam o estabelecimento de um nexo com as condições e organização do trabalho.

Para Ribeiro (1997) as LER são um modo de adoecimento emblemático, “na medida que são reveladoras das contradições e patogenicidade desse novo ciclo de desenvolvimento e crise do modo de produção capitalista”. Para este autor, as condições e a organização do trabalho, bem como a base técnica empregada, hoje sustentada na informatização e automação, são modificadas e com elas, as diferenças de demanda de esforço e o conseqüente crescimento das LER.

Ainda segundo Ribeiro (1997) as LER estão configuradas em três dimensões: uma dimensão social, mais abrangente na determinação da LER; a dimensão do trabalho, relacionada ao processo de organização do trabalho, e outra, relacionada ao modo de cada um sentir e refletir o mundo, que ele designa de dimensão individual, considerando esses três fatores indissociáveis. Assim, para o autor a “LER está associada à intensidade, tempo dos movimentos, ritmos, mas há outros fatores, além desses elementos quantitativos e

físicos, que dizem respeito ao conteúdo intrínseco, à qualidade, à natureza social, histórica, cultural, afetiva e organizadora desses trabalhos” (idem, p. 92).

Sobre as alterações do processo de organização Ribeiro, (2002) faz a seguinte afirmação: “o esforço muscular bruto tem diminuído, embora o sistema osteomuscular continue sendo exigido, mas de modo diferente; o corpo sai pouco do lugar porque prepondera o trabalho sedentário que obriga mais à postura de pé e mais à de pé que em movimento”. Diz ainda, que os movimentos, quase restritos às mãos, seriam mais leves e constantes, passando assim a idéia de serem inócuos, tal seria a leveza de manuseio exigido pelas atuais máquinas industriais e de escritório. A baixa quantidade de força muscular e a repetição rápida dos movimentos seriam, em grande parte, responsáveis pela intensidade e aceleração da produção e aumento da produtividade. Portanto, as novas exigências da produção e do trabalho e seus agravos teriam a ver menos com o uso excessivo de força que com o conteúdo do trabalho e seu destino social.

Intimamente relacionados com ritmo e exigência de produção, estão os aspectos da pressão para que o trabalhador atinja metas de produtividade. O trabalhador deve alcançar metas impostas pela organização do trabalho, metas que geralmente não consideram as possibilidades de cada indivíduo de alcançá-las, e nem sempre são oferecidas condições de trabalho para tanto. Desconsiderando a diversidade existente entre os trabalhadores e tendo como objetivo o alcance de patamares de produtividade cada vez mais altos, algumas empresas utilizam-se de mecanismos de avaliação, até de punição e controle da produção dos trabalhadores.

Nesse contexto, a participação do trabalhador no processo de trabalho é limitada, as contribuições ou os saberes requeridos são quase que estritamente de ordem produtiva,

dificilmente sobre modificações na organização do trabalho, de modo a alterar situações que estejam trazendo incômodo e sofrimento. Essa limitação para propor e implementar mudanças no ambiente e na organização de trabalho vem sendo apontadas na literatura como produtora de diversas doenças, inclusive de sofrimento psíquico.

Outro aspecto, conforme Ribeiro (2002), é que nem sempre as causas dos adoecimentos estão próximas ou imediatas, de forma que possam ser identificadas nos processos de produção, particularmente na fase atual das mudanças no mundo do trabalho, isso porque existem processos em que as formas de pressão, ou exigências da produtividade estão mais “distantes” ou “virtuais”, o que faz com que os aspectos negativos do trabalho se tornem mais imateriais e mais sutis, porque estão centrados na cobrança da produtividade, no controle informatizado do trabalho e no medo do desemprego. Ressalta-se ainda que esses aspectos da organização do trabalho apresentam-se associados entre si e podem estar todos presentes ou não, conforme o local de trabalho investigado. Também pode variar a intensidade de cada um dos aspectos dependendo do tipo de organização e gestão implantada.

## **2 REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA DA INDÚSTRIA CALÇADISTA**

Como forma de pensar a reestruturação produtiva e as implicações da mesma nas formas de produção e da vida dos trabalhadores, cabe, inicialmente, analisar as principais características que vêm assumindo o processo de reestruturação do setor calçadista, a partir da reconfiguração do cenário mundial e das mudanças no mundo do trabalho. Após, junto à apresentação da importância e das principais características do setor calçadista no cenário nacional e regional, pode-se analisar o complexo e heterogêneo processo de reestruturação produtiva do setor calçadista, através da reorganização do processo de trabalho e dos novos métodos de gestão, apontando-se para as conseqüentes implicações na forma de produzir e ser dos trabalhadores.

### **2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA INDÚSTRIA CALÇADISTA NO CENÁRIO DA GLOBALIZAÇÃO**

O processo de reestruturação produtiva por que passa o setor calçadista brasileiro irrompe de maneira efetiva a partir do começo dos anos 90, do século XX. Sua análise, contudo, exige que se leve em conta os impactos do processo de globalização a partir da década de 70, quando, então, nos inícios da reestruturação mundial, grande parte do trabalho passa a ser transferido para os países do Terceiro Mundo e alguns dos antigos grupos produtores de calçados nos Estados Unidos e na União Européia (UE) adotaram estratégias de organizar grandes *pools* de importação e distribuição de calçados como forma de controlar o mercado em seus países, dedicando-se mais intensamente às atividades vinculadas ao *design* e *marketing* de calçados.

Com uma forte base no mercado mundial, esses grupos expandem suas atividades para qualquer parte do mundo, negociando com os produtores locais os modelos a serem

produzidos, os preços, o tamanho dos lotes e os prazos de entrega. (RUAS apud GITAHY, et al, 1997, p. 43). Esse novo cenário concorrencial e produtivo acabou causando internacionalmente o fenômeno da realocização de muitos empreendimentos. Como conseqüência do acirramento da concorrência, países que possuíam um maior custo com mão-de-obra acabaram perdendo participação na produção mundial de calçados<sup>24</sup>.

Conforme já referido, a partir da década de 70, entretanto, parte da produção mundial desloca-se em direção a outros países em desenvolvimento, com mão-de-obra e custos mais baixos, como o Brasil e os Tigres Asiáticos (Coréia, Hong-Kong e Taiwan). Inserida neste bloco asiático, encontra-se a China que passou a ser o maior produtor mundial de calçados, com 5,5 bilhões de pares em 1998 (50% do mercado mundial). No cenário internacional, as indústrias da China têm atraído compradores em função do baixo preço (Schmitz, 2002). A competitividade dessa indústria se dá através do custo salarial, pois a produção de calçados permanece sendo intensiva em mão-de-obra.

Observa-se, também, que muitas empresas líderes no mercado mundial, como Alemanha, França e Estados Unidos, redirecionaram a produção doméstica para segmentos de maior valor agregado, como por exemplo, calçados de moda com design e estilos personalizados e com desenvolvimento de *griffes* próprias. Entretanto, com o objetivo de atender ao segmento de consumo em massa, complementam a produção mediante a instalação de subsidiárias ou mesmo *joint-ventures*, em locais com oferta abundante de mão-de-obra e matéria prima barata. Esta estratégia de mercado vem sendo utilizada por alguns países desenvolvidos, especialmente os EUA que têm recorrido à subcontratação de

---

<sup>24</sup> Veja Quadro 3.

atividades, fundamentalmente para confecção de cabedal<sup>25</sup>, em países de baixo custo. As empresas no segmento esportivo também vêm transferindo sua produção para países com níveis salariais mais modestos, mantendo em seus países de origem apenas as atividades consideradas estratégicas, como as de inteligência do processo (pesquisa de mercado, desenvolvimento do produto e marketing). Dentre essas empresas, destacam-se a Nike<sup>26</sup>, Reebok, Mizuno e Adidas (BAZAN, 2000).

Desta forma, o mercado mundial de calçados tem se reconfigurado a partir de um processo migratório, no qual se destaca a transferência de significativa parcela da produção para países em desenvolvimento, com menores custos de mão-de-obra. Em relação a esse novo quadro, em estudo realizado sobre diversos setores produtivos e dentre eles o ramo calçadista, Antunes (2004), afirma que:

Houve, também, como consequência da reestruturação produtiva e do redesenho da divisão internacional do trabalho e do capital, um conjunto de transformações no plano da organização sócio-técnica da produção, presenciando-se ainda um processo de re-territorialização da produção, dentre tantas outras consequências. Os exemplos da indústria de calçados, do ramo automotivo, dentre tantos analisados na pesquisa, exemplificam estas tendências. (ANTUNES, 2004).

Dentro deste contexto, pode-se destacar, por exemplo, o quadro abaixo demonstra o custo da mão-de-obra do trabalho, por hora e em dólar, nos principais países produtores de calçados. Neste fica evidenciado o baixo valor dos salários dos países asiáticos e dos países latino-americanos (de US\$ 0.30 a US\$1.62 por hora), comparativamente aos da Itália e Espanha (US\$ 13.39 e US\$ 8.13), respectivamente. Evidencia-se uma brusca diferença do

---

<sup>25</sup> Cabedal ou Gáspia corresponde à parte superior do calçado típico. Todo sapato tradicional (não sandália) é composto de: solado, palmilha e cabedal.

valor nominal da mão-de-obra, portanto, o custo reduzido da mesma, acaba sendo um dos fatores preponderantes no preço final do produto, elemento fundamental para que as empresas possam enfrentar a concorrência mundial do mercado.

### Quadro 3

#### Custo da Mão-de-Obra na Produção de Calçados (US\$/hora)

Itália	Espanha	Taiwan	C do Sul	México	Brasil	China	Índia	Indonésia
13,39	8,13	2,39	1,62	0,94	0,63	0,50	0,40	0,30

Fonte: Revista Amanhã v. 9, nº 90, Nov. 94

Há de se destacar que, no Brasil, o salário real dos trabalhadores se mantém baixo. Entre os fatores que contribuem para essa situação, destaca-se a política de reestruturação adotada, marcada pela intensa migração de empresas do setor calçadista para a região Nordeste do país, que apresenta uma mão-de-obra barata, oferta e incentivos fiscais, créditos e outros benefícios na área de infra-estrutura; políticas de terceirização e de subcontratação do trabalho.

No setor calçadista, por exemplo, houve uma clara tendência de realocização de unidades produtivas para a região Nordeste do País, especialmente para os Estados do

---

<sup>26</sup>Dados dão conta que o custo do tênis Nike “vendido por US\$120 nos Estados Unidos, é 70 a 80 centavos nas fábricas úmidas da Indonésia” (MCLAREN; FARAHMANDPUK, 2002, p. 28).

Ceará e Bahia, entre os anos de 1990 e 1996, apresentando um aumento de 200% no total de empregos gerados pela indústria calçadista no Nordeste, particularmente no Ceará. O principal objetivo das empresas, que têm estabelecido unidades industriais principalmente na região Nordeste, é buscar menores custos de produção. Segundo Azevedo (2003), essa redução de custos se dá em várias frentes. A principal delas refere-se aos custos do trabalho, ou seja, aos provenientes do pagamento de salários aos trabalhadores. Na região Nordeste, esses custos são significativamente menores que os custos verificados nas regiões tradicionais de produção.

A disparidade de salários entre as regiões brasileiras, segundo Azevedo (2001), pode ser evidenciada pelo valor médio pago por hora de trabalho, no ano de 1998: Piauí (R\$ 0,49); Ceará (R\$ 0,76); Paraíba (R\$ 0,81); Bahia (R\$ 0,63); São Paulo (R\$ 1,13); e Rio Grande do Sul (R\$1,08). Como já assinalado, por Navarro (1998), não é somente o nível de salários que explica as estratégias de realocização, mas os incentivos fiscais também tiveram papel central nesse processo. As empresas que se têm instalado na região Nordeste contam com diversos benefícios fiscais, concessão de incentivos dos governos estaduais, e créditos especiais.

Ainda segundo, Azevedo (2003), as empresas que têm estabelecido unidades fabris no Nordeste transferiram para essa região apenas parte do processo produtivo, mantendo nas regiões tradicionais a produção de linhas de produtos mais sofisticados. Somando-se a esse fato, outras atividades relacionadas ao processo de produção – como o gerenciamento da atividade produtiva, a concepção e as atividades de *design* dos calçados e de desenvolvimento de produtos – também têm sido mantidas nas regiões tradicionais. Dessa maneira, “as regiões tradicionais apresentam elevada importância para a indústria

calçadista, uma vez que o *locus* da acumulação industrial não foi deslocado” (AZEVEDO & FRANCISCHINI, 2003).

Já sobre o aspecto da automação do setor calçadista, há que se destacar dificuldades técnicas para sua implantação devido à segmentação em várias operações básicas: corte, preparação, costura, montagem e acabamento, o que obstaculiza a implantação da automação, uma vez que são operações diferentes e específicas (BAZAN, 2000).

Diante disso, as empresas têm promovido a compatibilização de novos e velhos processos produtivos. A automação tem se voltado, por exemplo, mais para as operações de corte (via computador), a fim de buscar o melhor aproveitamento do couro. Dentre estas tecnologias destacam-se o Computer Aided Design (CAD) e o Computer Aided Manufacturing (CAM)<sup>27</sup>. Outra operação em que se adota a automação é a costura, com a utilização de máquinas de pesponto, que apresenta grande precisão e velocidade de execução. Já no caso do calçado de plástico, uma produção menos parcelizada, encontra-se uma utilização maior de processos técnicos semi-automatizados mais avançados, inclusive com formas automatizadas que utilizam técnicas de injeção em materiais sintéticos.

Dentro deste contexto em que, até o momento, a tecnologia não pôde ser plenamente utilizada para reduzir custos de produção, a solução encontrada foi alterar a organização da produção. E isso foi possível terceirizando e subcontratando parte das operações de produção para ateliês<sup>28</sup>, e cooperativos, ficando as empresas apenas com a

---

<sup>27</sup> CAD/CAM: a primeira permite que o modelista elabore o modelo do calçado no monitor, desenhando as peças que compõem o calçado com as especificações das medidas e a escala de modelos. A segunda consiste em tecnologia de manufatura, auxiliada por computador aplicado na atividade de corte.

<sup>28</sup> Ateliês são unidades produtivas prestadoras de serviços às indústrias de calçados. Existem desde pequenos ateliês onde o trabalho é realizado em casa com uma ou mais pessoas da família, ou até grandes ateliês que dispõem de instalações em que podem trabalhar de 20 a 50 trabalhadores, geralmente subcontratado.

tarefa de montar, comercializar e distribuir o calçado. Com a adoção desse processo as empresas acabaram eliminando parte dos custos com encargos sociais, antes de sua responsabilidade.

Conforme Gitahy e outros (1997), em termos tecnológicos o setor calçadista caracteriza-se por ser um processo pouco mecanizado; compreende operações simples e independentes uma das outras, que podem ser tratadas pontualmente e não requerem qualificações especializadas. Entretanto constitui-se num segmento de intensiva utilização de trabalho, principalmente a produção do calçado de couro. Ainda segundo Gitahy (1997), “essa configuração favorece os movimentos de realocização nacionais ou internacionais de partes do processo de produção na busca de mão-de-obra barata, além de movimentos mais pontuais de subcontratação de serviços de pequenas empresas, ou mesmo de trabalho a domicílio, considerando que as fases da produção podem ser realizadas em plantas diferentes e depois integradas num outro local” (GITAHY, 1997, p. 44).

Já quanto às políticas de gestão do trabalho adotadas pelo setor calçadista, estas são afetadas pelas formas de concorrência predominantes no mercado. Nesse mercado, o fator crucial é o preço, fato que induz os produtores a estratégias cujo foco é a redução dos custos, especialmente os relativos à mão-de-obra (GITAHY, 1997; RUAS, 1995; PICCININI, 1995). Assim, o setor calçadista pode ser caracterizado através dos seguintes pontos: uso intensivo de mão-de-obra; salários inferiores à média, no caso da indústria brasileira; uso de grande proporção de trabalhadores não qualificados, resultado do predomínio de formas de organização do trabalho caracterizado por extrema parcelização das tarefas, nas quais um grande contingente de trabalhadores pouco ou nada qualificados executa a maior parte de um conjunto de operações extremamente simplificadas; baixos

índices de produtividade do trabalho e rotatividade elevada, resultado da associação de baixos salários com pouca qualificação e baixa motivação (GITAHY, 1997, p. 44-45).

## **2.2 CARACTERIZAÇÃO DA INDÚSTRIA CALÇADISTA NO CENÁRIO NACIONAL E REGIONAL**

A indústria brasileira de calçado é marcada por um processo de reestruturação multifacetado e heterogêneo, com conceitos diferenciados que vão depender do porte das unidades produtivas e até da região do país em que se localizam.

Segundo a Associação Brasileira das Indústrias de Calçados (ABICALÇADOS), a indústria calçadista brasileira empregava, diretamente, em 2003, cerca de 280 mil pessoas, responsável pela produção de, aproximadamente, 665 milhões de pares de calçados/ano. Em 2001, empresas de pequeno e médio porte<sup>29</sup> com uma estrutura industrial diversificada e heterogênea do ponto de vista tecnológico foram responsáveis pela exportação de cerca de 190 milhões de pares. Atualmente, em torno de 100 países importam calçados do Brasil, o que gera um volume de divisas da ordem de US\$ 1.61 bilhões (ABICALÇADOS, 2005). Dados recentes mostram que o Brasil, conforme aparece entre os maiores produtores e exportadores mundiais de calçados especialmente de couro, conforme o quadro 4 (quatro), pode-se perceber um crescimento tanto da produção a partir do ano de 97 até 2001, bem como também das exportações, no mesmo período. As exportações destinam-se, principalmente, para a Europa – em especial Alemanha, França e Inglaterra – e Estados Unidos.

---

<sup>29</sup> Aproximadamente 45% dos produtores de calçados do RS são pequenas ou microempresas (até 100 empregados), 35% são médias (101 a 499 empregados) e de 15% são grandes (acima de 500). (GITAHY, 1997 et al p. 44).

#### Quadro 4

##### Produção e Exportação de Calçados do Brasil, 1997-2001.

Calçados (em milhões de pares)	1997	1998	1999	2000	2001
Produção	544	516	499	580	610
Exportação	142	131	137	163	171

Fonte: Abicalçados, 2002.

No Brasil as indústrias do calçado se caracterizam pela forte concentração geográfica em alguns estados. Os principais pólos produtores nacionais estão localizados nos estados do Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina, Minas Gerais, Bahia e Ceará. O Rio Grande do Sul é o maior pólo produtor de calçados do Brasil. Em 1999, 64% das empresas do setor estavam concentradas no RS, Estado que se caracteriza pela produção de calçados femininos de couro, tanto para o mercado interno quanto externo. Seu pólo produtor é denominado de “Vale do Sinos”, abrangendo 26 municípios, - foco de estudo da presente investigação.

O complexo calçadista do RS desempenha papel estratégico no cenário nacional, sendo responsável por cerca de 75% da produção brasileira de calçados de couro. Conforme dados mais recentes da ABICALÇADOS, o complexo calçadista do RS, em 2002, contava com 2.838 empresas, cerca de 130.000 empregos diretos, um volume de produção de 117 milhões de pares produzidos e um valor de US\$ 1.147 milhões de exportação em 2003 (ABICALÇADOS, 2005).

O grande impulso para a consolidação do arranjo coureiro-calçadista no Vale do Sinos ocorreu durante a década de 70, com o início das exportações. Em decorrência da abertura de canais de comercialização, particularmente relacionados à inserção no mercado norte-americano, esse arranjo tornou-se um dos principais centros exportadores de calçados do mundo, entre o final dos anos 60 e o final da década de 80. No transcorrer deste período, as exportações deste setor evoluíram de menos de 20.000 pares para mais de 150.000 milhões de pares/ano (ABICALÇADOS, 2005).

A relevância econômica que o arranjo coureiro-calçadista assume em nível regional, mostra-se tanto pela sua participação no Valor da Produção Industrial (VPI) do Estado, chegando a cerca de 12%, como também pelas divisas externa, respondendo pela maior parte das exportações do Estado e por mais de 85% das exportações brasileiras de calçados (ABICALÇADOS, 2005)

Para uma análise mais aprofundada sobre o complexo calçadista, vários estudos têm sido desenvolvidos sobre a relevância dos distritos industriais, ou do *cluster* do setor de calçados do RS, como os de Ruas (1995); Gitahy (1997); Piccinini (1995); Ribeiro, (2000), e outros. Vale destacar com base no estudo do Gitahy. (1997, p. 39-77), algumas características que o complexo calçadista do RS apresenta e faz com que o mesmo seja conceituado como um “autêntico cluster”: empresas concentradas geograficamente; a produção de um determinado produto (calçado de couro), com fornecedores de matéria-prima, máquinas e equipamentos para produção do calçado; divisão e especialização interfirmas na cadeia vertical da produção (interação entre diferentes produtores) e relações horizontais, especialmente sob a forma de subcontratação para elaboração de parte da produção, envolvendo grandes e médias empresas (contratantes) e pequenas e micro (subcontratadas); existência de um grande número de pequenas e médias empresas (cerca

de 85% do total de empresas do complexo); disponibilidade de mão-de-obra; técnicos capazes de atender problemas relacionados à tecnologia de produtos e processos; presença de serviços de apoio tecnológico para o setor e instituições e reconhecida competência em nível nacional e internacional; Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), com um centro tecnológico de couro e calçados - Centro Tecnológico para Couros Calçados e Afins (CTCCA), além de uma faculdade regional (Feevale), com pesquisas envolvendo vários aspectos do setor e liderança nacional no setor, por meio da presença de associações patronais fortes e representativas, tais como a Associação Brasileira e Produtores de Calçados (ABICALÇADOS), Associação Brasileira de Exportadores e Calçados e Afins (ABAEX) e, em nível regional a Associação Comercial e Industrial (ACI).

### **2.3 MUDANÇAS DO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO CALÇADO NO BRASIL**

O perfil produtivo da indústria calçadista nacional segue os mesmos padrões estruturais concorrenciais da indústria mundial, sendo afetada pelos ditames da moda, da tecnologia, design e custos de produção (principalmente mão-de-obra). Desse modo, a configuração da cadeia produtiva nacional também é condicionada pelo tipo de produto fabricado, pelo mercado atendido o que, conseqüentemente, condiciona o número de pessoas contratadas pela empresa para a execução dos processos produtivos.

Assim, inserida no contexto mundial, a indústria calçadista, no Brasil, não ficou imune às mudanças ocorridas no cenário internacional. O aumento da concorrência decorrente da competição com os países exportadores asiáticos<sup>30</sup>, aliada à grande

---

<sup>30</sup> No Brasil, as empresas calçadista tiveram que competir com os calçados produzidos para a classe C e D, vindos especialmente da China, Indonésia, Vietnã e Hong Kong, beneficiados pelo contexto de redução das alíquotas de importação praticados no período.

instabilidade do modelo macroeconômico brasileiro, especialmente a partir de 1990, com o programa econômico do Governo Collor (Diretrizes Gerais para Política Industrial e de Comércio Exterior), trouxe uma crise sem precedentes para a maioria das empresas calçadistas do Vale do Rio do Sinos.

Como forma de enfrentar essa nova condição, os produtores calçadista têm adotado uma série de procedimento no sentido de se manterem no mercado. As empresas adotaram técnicas, que pudessem responder às maiores exigências dos clientes e introduziram, na sua produção, uma maior variedade de modelos, exigência do mercado exportador, como forma de acompanhar as empresas concorrentes - principalmente ofertando um preço mais vantajoso. Além disso, as empresas acabaram adotando técnicas de gestão flexível, o que implica alterações importantes nas relações de trabalho, conforme revelam as pesquisas desenvolvidas por Gitahy (1997); Ribeiro, (2000); Antunes, (2004), Bazan, (2005).

As principais mudanças observadas nas atribuições dos trabalhadores e nas políticas de gestão de recursos humanos foram: ampliação das responsabilidades dos trabalhadores, incluindo atividades de qualidade e manutenção; trabalho em grupo; multifuncionalidade; maior controle da *performance* dos trabalhadores, por meio de avaliação do desempenho e de prêmios de produção e assiduidade; aumento da participação dos trabalhadores nas decisões acerca da produção, por meio da redução dos níveis hierárquicos (Gitahy et al, 1997, p. 55). Ainda sobre o processo e mudança de gestão e organização do trabalho encontramos, em Navarro (2003) a seguinte referência sobre este aspecto:

No interior das fábricas foram observadas mudanças que resultam em redução de postos de trabalho, principalmente dos relacionados às tarefas auxiliares das diversas seções da produção; utilização do trabalho em grupo ou célula de produção que, através do reagrupamento de tarefas antes realizadas individualmente, deu origem ao trabalhador polivalente ou

multifuncional e a rotação de tarefas, que resultaram em sobrecarga, na intensificação e no maior controle do trabalho. (NAVARRO, 2003, p. 3).

Além das mudanças acima observadas, as empresas utilizam políticas compensatórias para que os trabalhadores apóiem a adoção dos novos sistemas de produção, nos quais estes, portanto, assumem novas responsabilidades. Um importante aspecto, neste sentido, é a transferência de atividades de qualidade e manutenção para o trabalhador da produção, transformando, assim, o perfil da mão-de-obra empregada na direção de um padrão orientado para a multifuncionalidade. Como consequência, encontra-se, também uma mudança nos critérios de seleção de trabalhadores: maior escolaridade, maior experiência e disposição para o trabalho em grupo.

Estas novas formas de organização do trabalho, no entanto, se chocam com a estratégia de competição baseada em preços baixos, que tradicionalmente se traduz em uma cultura bastante arraigada no setor calçadista e que atua no sentido de valorizar práticas relacionadas à redução de salários e instabilidade do emprego. Além do que, como aponta Ruas (1995), embora os novos modelos organizacionais destaquem como importante a participação dos trabalhadores no processo de organização de produção, o setor calçadista se mantém tradicional neste sentido:

... as observações empíricas parecem mostrar que os eventuais acréscimos nos níveis de participação dos trabalhadores ocorrem, na maioria dos casos, mediante canais de relações bastante controlados institucionalmente. Estamos falando de contribuições associadas a práticas de produção e controle de processos, constringidas por normas de atuação determinadas e não pela participação resultante de sistemáticas mais abertas de geração de idéias e sugestões. (RUAS, 1995, p. 29).

Neste sentido, fica evidenciado que a autonomia dos trabalhadores fica extremamente limitada em termos de intervir na organização do trabalho como forma de alterar o processo produtivo. Além do que as mudanças mais consistentes não têm atingido a maior parte das empresas, ficando restritas a uma parcela de grande porte. (RUAS, 1995; RIBEIRO, 2000; BAZAN, 2005).

A flexibilização e as exigências em qualidade têm induzido a difusão de princípios e técnicas tais como o sistema *just-in-time*<sup>31</sup> e programas de qualidade total. Um dos procedimentos inovadores é a organização dos trabalhadores em grupos de trabalho – células - (especialmente nas seções de costura), o que determinou uma mudança no layout (formato U) das empresas mudanças na preparação dos trabalhadores para a multifuncionalidade e para um desempenho mais coletivo.

Com a implantação do sistema de células, o grupo de trabalho executa todas as etapas do setor, passa a acompanhar todo o processo e aumenta seu grau de responsabilidade pelo conjunto das etapas que estão sendo realizadas. Quando há erros ou a meta de produção não é atingida, o grupo como um todo é cobrado pela chefia, ou mesmo pelo grupo de trabalho. A integração visual possibilita a qualquer trabalhador do grupo observar como estão sendo realizadas as tarefas dos demais; perceber como todos estão trabalhando e ver o ritmo ou se algum membro do grupo está com dificuldades na execução de sua tarefa. Passa a existir uma pressão coletiva sobre o trabalhador individual na realização de sua atividade. Podemos exemplificar essa situação na fala de um gerente de produção de uma empresa, onde a meta do grupo era atingir diariamente 2.500 pares:

---

<sup>31</sup> Através do sistema *just in time* as empresas reduziram o estoque e o tempo entre a encomenda e a entrega das mercadorias. O setor calçadista tem utilizado este sistema para atingir este objetivo o banco de horas, através da flexibilização da jornada de trabalho, além de outras medidas como a implantação de células de produção e a polivalência dos trabalhadores, com o objetivo de obter maior rapidez na linha de produção.

“Se alguém não produzir a sua quantia, os outros pressionam, com isso não precisa o supervisor ficar em cima, isso cria um hábito” (PICCININI, 1992). Assim, o próprio grupo assume a vigilância sobre os trabalhadores, além de trazer para empresa uma melhora na qualidade e na produtividade.

A partir da adoção de células, passou-se a desenvolver a polivalência dos trabalhadores, mas esta é extremamente limitada, pois ainda prevalece o trabalho parcelado em tarefas, ou seja, quando é necessário, um trabalhador realiza outra tarefa da produção, mas permanece o trabalho fragmentado, mantendo as características do processo taylorista, não proporcionando uma ampliação de conhecimentos:

Os grupos de trabalho, por exemplo, dificilmente atingem os objetivos teóricos da autonomia do trabalhador em seu posto de trabalho e de multifuncionalidade dos operários. O que se nota é a simples economia de mão-de-obra graças ao acúmulo de funções por um mesmo operário. E acúmulo de funções parciais. (RIBEIRO, 2000).

Sobre o processo decisório ou a participação dos trabalhadores, prevalece a separação entre elaboração e execução, ou seja, a participação de quem efetivamente vai realizar o trabalho não é levada em conta para deliberar sobre o processo de produção. O setor de Programação e Controle da Produção (PCP) determina o tempo, a força de trabalho e o maquinário necessário para fazer o modelo, “feitos os testes com a participação do gerente de produção, do modelista, e do pessoal da cronometragem, as informações são programadas manualmente ou por computação” (PICCININI, 1992, p. 35). Isso demonstra que a participação só é requerida dentro da ordem estabelecida pela empresa. Ou seja, a quantidade esperada por trabalhador, muitas vezes não leva em conta a individualidade, a capacidade, impondo e determinando a meta de produção.

Ainda sobre o aspecto das inovações, na forma de produzir e organizar o trabalho, Ribeiro (2000), diz que a difusão de novas práticas é lenta no setor calçadista, quando comparada a outros setores produtivos do país, mas observa que equipamentos e máquinas de base microeletrônica<sup>32</sup> estariam sendo utilizados cada vez mais, principalmente nas grandes empresas como forma de aumentar a produtividade. Continuando, o mesmo autor destaca que, em termos organizacionais, o que se percebe é a incorporação de novos métodos gerenciais adaptados à antiga lógica taylorista/fordista.

No entanto, a adoção dessas inovações é inteiramente subordinada à lógica do taylorismo/fordismo. Os grupos de trabalho, por exemplo, dificilmente atingem objetivos teóricos de autonomia do trabalhador em seu posto de trabalho e de multifuncionalidade dos operários. O que se nota é a simples economia de mão-de-obra graças ao acúmulo de funções por um mesmo operário. (RIBEIRO, 2000, p. 5).

O que se conclui, portanto, é que essa adaptação dos métodos acarreta o acúmulo de tarefas parciais em cada operação e a intensificação do trabalho. Portanto, a organização do trabalho conserva a estrutura na sua forma tradicional; a lógica de racionalização do trabalho é a taylorista marcada pela divisão de tarefas entre planejamento e execução, pela busca de eficiência máxima e de diminuição dos tempos mortos. O diferencial, com respeito ao taylorismo clássico, é o aumento de flexibilidade e a multifuncionalidade, que passam a ser utilizados na organização do trabalho. Corroborando essa visão, em Antunes (2004), encontra-se a seguinte referência sobre processo produtivo em curso:

---

<sup>32</sup> Microeletrônica; sistema que possibilitou a incorporação dos computadores às máquinas, conferindo flexibilidade à automação pretérita, fordista. Em termos práticos, tornou mais rápida e fácil a mudança de seqüência de operações por meio dos programas de computadores. Ao contrário da automação rígida de base mecânica e eletrônica, a automação flexível, ou programável, possibilita maior variações nos produtos, produção mais rápida e com menor custo (COTANDA, 2001).

A flexibilização e a desregulamentação dos direitos do trabalho, bem como a terceirização e as novas formas de gestão da força de trabalho implantadas no espaço produtivo, estão em curso acentuado e presentes em grande intensidade, indicando que o se o fordismo parece ainda dominante em vários ramos produtivos e de serviços, quando se olha o conjunto da estrutura produtiva, ele cada vez mais se mescla fortemente com novos processos produtivos, em grande expansão, consequência da liofilização organizacional, dos mecanismos próprios oriundos da acumulação flexível e das práticas toyotistas que foram e estão sendo fortemente assimiladas no setor produtivo brasileiro. (ANTUNES, 2004, p. 7).

Ainda há de se destacar que o setor calçadista apresenta uma alta taxa de rotatividade, conforme destaca Piccinini (1994), o que vem a ser contraditório aos novos modelos de gestão na medida em que o envolvimento dos trabalhadores com os objetivos da empresa, e mesmo dos programas de treinamento de mão-de-obra acabam comprometidos.

Já em relação a mudanças tecnológicas, segundo Navarro (2003, p. 3), encontram-se registros de mudanças na base técnica da produção de calçado, com a adoção de tecnologias como o CAD/CAM, como já mencionado, mas poderia se afirmar que o processo de reestruturação produtiva do setor tem se pautado mais pela adição de mudanças organizacionais que resultaram em diminuição de postos de trabalho, na intensificação e maior controle do trabalho e na transferência de trabalho para ser realizado fora dos limites físicos da fábrica, (ateliês, e ou “cooperativas”). Isso se traduz, segundo a autora, para o trabalhador em uma situação de trabalho sem vínculo formal, com alto grau de precarização, em que o trabalhador via de regra, não está coberto pelas garantias sociais previstas na legislação trabalhista, como férias, descanso semanal remunerado, licença maternidade, auxílio doença/acidente e outros. O modelo de terceirização adotado um dos pilares da reestruturação produtiva no setor calçadista – tornou-se uma estratégia vantajosa para as empresas, pois além de repassar os custos de produção (espaço físico, água, luz,

manutenção de maquinário), permite o corte de pessoal nas empresas através do contrato formal, e ainda, permite que as empresas se concentrem, no interior de sua planta, em atividades menos intensivas em trabalho vivo, renovando inclusive seu aparato tecnológico, o que, por sua vez, resultaria em ganho de produtividade. (NAVARRO, 2003, p. 4).

A subcontratação, prática comum nos ateliês, exerce papel fundamental sobre as práticas de emprego, na medida em que constitui uma atividade capaz de regular as relações de emprego no setor calçadista, especialmente em períodos de aquecimento da demanda. Seu efeito regulador permite, por um lado, evitar o crescimento do emprego formal nos períodos de alta demanda (o que induz a expansão de relações precárias) e, por outro, manter baixos níveis salariais, especialmente para ocupações pouco qualificadas. Segundo um estudo realizado pelo DIEESE (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDO SÓCIO-ECONÔMICOS), sobre o processo de terceirização implementado no Brasil, inclusive no setor calçadista, encontra-se a seguinte referência “(...) é uma flexibilização de direitos trabalhistas, um mecanismo de tentar neutralizar a regulação estatal e a regulação sindical”. Para o DIEESE, predomina no país um padrão de terceirização que pode ser considerado “fraudulento”, ou “predatório”, que busca a redução dos custos mediante exploração de relações precárias de trabalho.

Resumidamente, segundo Gitahy (1997), a subcontratação é uma prática difundida na indústria calçadista e usada principalmente na produção de modelos mais baratos; seu uso está associado a estratégias de redução de custos e sua utilização contribui para a flexibilização da produção. Em termos sociais, segundo Leite (2004), estudos têm revelado que também aqui no Brasil, se desenvolve o fenômeno já assinalado na experiência internacional, qual seja, o de com “a tendência generalizada à subcontratação, o trabalho

diminui na ponta virtuosa ao mesmo tempo que se expande na ponta precária da cadeia, onde encontraremos um trabalho em que a falta de conteúdo do trabalho torna-se mais afeita à utilização do trabalho mal pago, desqualificado e repetitivo” (LEITE, 2003, p. 87 - 88).

Como apontamos acima, o modelo de reestruturação adotado pelo setor calçadista dá-se em dois sentidos: na flexibilização tanto na direção da subcontratação, através do processo de terceirização, como na direção de mudanças tecnológicas, organizacionais e de gestão no interior das unidades fabris, especialmente nas empresas de maior porte.

Enfocando mais o aspecto da racionalização e flexibilização do processo de produção, adotado no interior das unidades fabris de maior porte, os estudos, realizados pelas diversos autores já citados, tem apontado que os trabalhadores devem atender a uma maior demanda, no sentido de ritmo, intensidade e produtividade, controle e qualidade, o que passou a significar um maior desgaste físico e psíquico para o trabalhador. Navarro (2004), em um estudo sobre o aspecto da saúde dos trabalhadores nas indústrias de calçados de Franca (SP), afirma que:

A intensificação do trabalho, que cada vez mais se faz presente na contemporaneidade, tem ocasionado o aumento das doenças relacionadas ao trabalho e criado condições que conduzem ao incremento da probabilidade de acidentes causadores de incapacidade temporária permanente ou mesmo de morte de trabalhadores, o que evidencia o vínculo causal entre a saúde e trabalho (NAVARRO, 2004, p. 32).

Assim, observa-se que, no interior das unidades fabris, as principais mudanças foram a redução de postos de trabalho, sobretudo daqueles relacionados às tarefas auxiliares nas diversas seções das fábricas e utilização do trabalho em grupo ou células de

produção que, por meio do reagrupamento de tarefas antes realizadas individualmente, originou o trabalhador polivalente ou multifuncional, mudanças que representaram para o trabalhador uma sobrecarga, uma superposição de tarefas que passam a coexistir com a maior intensificação e controle do trabalho.

Em Antunes (2004), citando o trabalho de Nise Jinkings (2002) desenvolvido junto ao setor bancário, encontra-se a seguinte observação em relação ao tipo de reestruturação produtiva adotado e o adoecimento por LER:

Num contexto de crescente desemprego e de aumento de formas precárias de contratação, os assalariados bancários foram compelidos a desenvolver uma formação geral e “polivalente”, na tentativa de manter seus vínculos de trabalho, sendo submetidos à sobrecarga de tarefas e a jornadas de trabalho extenuantes. Agravaram-se os problemas de saúde no espaço de trabalho nas últimas décadas e observou-se ainda um aumento sem precedentes das Lesões por Esforços Repetitivos (LER), que reduzem a força muscular e comprometem os movimentos daqueles que são portadores da doença (JINKING, 2002 apud ANTUNES, 2004, p.7) .

Ainda, em relação a este aspecto, cabe destacar, um estudo recente, desenvolvido num setor de ponta, - a indústria automotiva – em que Leite (2004), faz um balanço da reestruturação do setor na última década:

Na verdade, no que se refere às condições de trabalho, há vários estudos que apontam, também na experiência brasileira, para um processo e deterioração, conforme se percorre a cadeia a montante, envolvendo manutenção do trabalho repetitivo e desqualificado, aumento dos ritmos, intensificação do controle, perda e benefícios, diminuição dos níveis salariais, precarização do emprego, elevação e indecência de doenças profissionais, entre. (LEITE, 2003, p. 88).

Assim, as formas de trabalho não só do setor calçadista, mas também como o dos bancários, e do automotivo, por exemplo, podem ser compreendidos em uma lógica de racionalização e de apropriação das capacidades do trabalhador, para atender às necessidades do capital. Tudo isto dentro de um contexto conjuntural, em que o mercado de trabalho torna-se mais disputado, além de demandar para os trabalhadores mais exigências de qualificação.

### **3 AS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS NO SETOR CALÇADISTA**

Neste terceiro capítulo, realiza-se a análise dos dados empíricos da pesquisa, relacionando-os aos conceitos teóricos que fundamentaram o presente estudo<sup>33</sup>. Inicialmente apresentamos o perfil das trabalhadoras entrevistadas, bem como dados quantitativos coletados junto ao Sindicato dos Trabalhadores das Indústrias Calçadistas de Igrejinha e Sapiranga, demonstrando a prevalência das LER, na categoria de sapateiras. Posteriormente, apresenta-se a análise dos dados qualitativos obtidos através das entrevistas e da construção das categorias interpretativas, tendo-se por objetivo demonstrar como os trabalhadores adoecidos têm se defrontado com a invisibilidade institucional em relação a sua situação. Procura-se analisar também, qual a percepção dos trabalhadores frente à realidade no local de trabalho e fora dele e, por fim, busca-se, na fala das trabalhadoras, perceber a articulação entre a reestruturação organizacional de gestão e o adoecimento por LER.

#### **3.1 ALGUNS DADOS QUANTITATIVOS**

Como já assinalado, foram entrevistadas quinze (15) trabalhadoras, no período de julho a setembro de 2004, na cidade de Igrejinha. Constatou-se que o tempo médio de trabalho das entrevistadas na mesma empresa foi de sete anos e três meses (7,3). É um índice de permanência alta, se avaliarmos que o setor calçadista tem, entre uma de suas características, uma rotatividade bastante elevada, conforme apontam vários estudos, entre os quais Piccinini (1995) e Gitahy (1998). Como uma das explicações para esta maior permanência, segundo informações junto aos representantes sindicais, tem-se o fato das

---

<sup>33</sup> Objeto de discussão dos capítulos I e II.

trabalhadoras entrevistadas, na sua maioria, serem profissionalizadas<sup>34</sup>, no setor da costura de calçados o qual exige uma maior especialização.

Do total das quinze entrevistadas, dez (10) estavam ligadas, na ocasião da pesquisa, a empresas de grande porte, duas (02) de pequeno porte e três (03) estavam desempregadas. As empresas de maior porte possuíam em seus quadros, engenheiros de produção, técnicos de segurança e médicos para atendimento dos trabalhadores. Também ofereciam vale transporte e refeitório.

Estas empresas adotavam, concomitantemente, métodos de produção como a esteira, em que trabalhavam de 45 a 60 pessoas e, também, grupos de trabalho ou células de produção que podiam variar de 5 a 15 integrantes; caracterizando, portanto, um modelo híbrido de produção, conforme já desenvolvido no capítulo 2.

O grau de instrução das trabalhadoras conforme se demonstra no quadro a seguir, revela a baixa escolaridade das trabalhadoras. As trabalhadoras entrevistadas concentram-se na 4ª série incompleta (26%), e 8ª série incompleta (46%). A baixa escolaridade é, assim, uma outra característica desse setor, especialmente entre os funcionários de funções com menor grau de especialização, embora tenha estudos sinalizando uma ligeira elevação do grau de escolaridade, principalmente em setores considerados de ponta no processo de produção do calçado (ANTUNES, 2005).

---

<sup>34</sup> Destaca-se que a profissionalização das trabalhadoras como costureiras é, excepcionalmente adquirida em cursos de profissionalização, com frequência o aprendizado dessa atividade é adquirida dentro do processo de produção da própria empresa.

Em relação à escolaridade do setor calçadista, dados organizados pelo DIEESE,<sup>35</sup> apontam para uma porcentagem de 16,03% com a 8ª série completas, 36,85% de trabalhadores com 8ª série incompleta; e de 16,08% com a 4ª série completa.

### Quadro 5

#### Escolaridade das Sapateiras

<b>ESCOLARIDADE</b>	
4ª série incompleta	-
4ª série completa	4
8ª série incompleta	7
8ª série completa	3
2ª grau incompleto	1
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

Fonte: Entrevistas

Os questionamentos realizados em torno do adoecimento das trabalhadoras demonstraram que as primeiras manifestações de sintomas das LER (com exceção de duas) se deram quando trabalhavam em empresas de grande porte que haviam introduzido novo

<sup>35</sup> Dados obtidos junto ao DIEESE/RS baseados na Rais – M.T.E. de 2003.

maquinário, mas especialmente implantado novos processos de organização, através de grupos de trabalho, o que passou a exigir uma maior produtividade.

No quadro a seguir, tem-se a porcentagem de prevalência de LER por faixa de idade das entrevistadas. O mesmo revela a concentração de adoecimento em trabalhadoras jovens, de 21 a 30, com (5) dos casos, e de 31 a 40 anos (7) casos, característica também encontrada em outras categorias profissionais em estudos sobre as LER.

#### Quadro 6

##### Distribuição das LER conforme a idade.

<b>IDADE</b>	
21 - 30	5
31 - 40	7
41 - 50	1
51 - 60	2
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

Fonte: Entrevistas

Na pesquisa junto aos arquivos do Sindicato dos Sapateiros de Igrejinha, na qual foram analisadas 98 CATs, do período de 2000 a 2004, que haviam sido preenchidas pelo

Sindicato ou pela empresa em que o trabalhador desempenha suas funções, obteve-se os seguintes dados: 25% apresentavam como referência o adoecimento por LER; as demais, 75%, tinham como referência acidentes de trabalho (fraturas, cortes, entorses etc...), ou acidentes de trajeto. Dos 25% acometidos por LER, 61% eram trabalhadores de empresas de grande porte, sendo que 79% eram do sexo feminino. A média de idade de idade dos que apresentavam LER foi significativa entre os que tinham 21 e 30 anos de idade, 33%. E de 31 a 40 anos, 47%.

Destacamos ainda que, com os dados do DIESSE, sobre o perfil dos trabalhadores do setor calçadista no RGS, tem-se que as mulheres representam 55% dos trabalhadores no setor, e os homens, 45%. Assim, pode-se observar que efetivamente o número de mulheres adoecidas por LER (79%) em relação aos homens (21%) é significativamente superior.

Como forma de ampliar as informações que já tínhamos, coletamos também, junto à Secretaria de Saúde do Sindicato de Sapiranga, informações sobre os registros de LER. Os dados foram catalogados pelo médico do trabalho, durante cinco anos, de julho/1997 a Maio/2002. São dados quantitativos construídos a partir de 1.200 (mil e duzentas) consultas médicas. Estes números apontaram que a LER foi diagnosticada em 35% dos casos, ou seja, 420 trabalhadores atingidos por este adoecimento. Os demais 65% dos casos estavam ligados a acidentes de trabalho, acidentes de trajeto, causas não ocupacionais e outras doenças do trabalho, como intoxicações, varizes etc. Destes trabalhadores com LER, 82% eram do sexo feminino e 18% do sexo masculino, revelando mais uma vez a alta prevalência do número de mulheres acometidas. Não se pôde apresentar a média de idade, uma vez que os dados coletados não estabeleceram este critério. Ainda, através de conversa informal com os dirigentes sindicais desta entidade, obteve-se a informação de que a maior parte dos trabalhadores adoecidos, atendidos junto à Secretaria da Saúde do

Sindicato, concentra-se em empresas de grande porte<sup>36</sup>, que possuem em seus quadros funcionais engenheiros e técnicos de segurança, além de profissionais médicos para atendimento dos trabalhadores.

Comparativamente podemos estabelecer uma relação entre os dados coletados em Igrejinha com os de Sapiranga: há uma grande prevalência de casos de LER no universo dos dados coletados, embora com um percentual diferente, Igrejinha com (25%) de casos e, Sapiranga, (35%), a prevalência de um maior número de mulheres acometidas, (79%) e (82%) respectivamente; e ainda, em comum, a maior concentração de trabalhadores junto a empresas de grande porte quando do acometimento de LER<sup>37</sup>.

É importante observar que estes dados quantitativos são a título de complementação<sup>38</sup> dos dados qualitativos, que efetivamente serviram para fazermos a análise interpretativa. Além do quê devemos levar em conta aspectos, já desenvolvidos na parte teórica, com relação ao preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), da qual obtivemos parte dos dados coletados, como por exemplo, empresas que se negam a preencher as CATs, ou preenchê-las corretamente, ocorrendo a subnotificação (capítulo II, p. 43), provocando um desvirtuamento do real. Neste sentido encontrou-se o caso de uma grande empresa que, na descrição do acidente para preenchimento da CAT, descreve, por exemplo, “entorse de punho”, quando a queixa da trabalhadora era dor relacionada ao esforço repetitivo, depois comprovado por laudo médico. Isto demonstra claramente a negação do reconhecimento (“invisibilidade”), por parte da empresa, do nexo da doença da trabalhadora com o trabalho repetitivo como forma de não correr o risco de

---

<sup>36</sup> Referência sobre o porte das empresas no capítulo 2, item 2.2 do presente estudo.

<sup>37</sup> Dados do DIESSE (2003) apontam que 74% dos trabalhadores calçadistas do RS, concentram-se em empresas que mantêm de 100 a 1000 vínculos de empregados, ou seja de média e grande porte.

arcar com o ônus de uma possível indenização. Embora tenha-se observado que isso não isenta a empresa de decisões judiciais que têm responsabilizado as mesmas por indenizações.

### **3.2 A PREVALÊNCIA DAS LER E SUA INVISIBILIDADE INSTITUCIONAL-LEGAL**

A articulação entre o trabalho e o adoecimento das trabalhadoras calçadistas tem sido caracterizada por sua invisibilidade<sup>39</sup> institucional-legal. A trajetória das trabalhadoras adoecidas por LER evidencia formas particulares de enfrentamento técnico-burocrático. Estas se expressam nas formas que as trabalhadoras têm que enfrentar para “legitimar” sua lesão, perante as instituições - médico da empresa, perito, INSS - que acabam por adotar as práticas e os discursos da Medicina do Trabalho, centrados no saber médico (nas “provas” dos exames complementares, no não reconhecimento do saber do trabalhador) e na ligação da doença a fatores individuais e biológicos.

Embora algumas categorias profissionais, como a dos bancários, por exemplo, tenham iniciado um processo de mudança no sentido de reconhecimento de reivindicações na área da saúde-adoecimento-trabalho, no geral, os trabalhadores enfrentam uma série de dificuldades na busca de atendimento e reconhecimento de seus direitos. Entre as muitas dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores, em relação ao reconhecimento institucional-legal de sua doença, destacam-se as resistências técnico-burocráticas dos médicos da empresa e do perito do INSS; a dificuldade do reconhecimento do nexos causal entre o adoecimento e o trabalho, o que se constitui em um fator de sofrimento; o excesso de

---

<sup>39</sup> Invisibilidade: neste estudo é compreendido no sentido da negação da visibilidade do problema de adoecimento por parte do empregador, dos serviços médicos da empresa, do INSS e perícia médica.

burocracia para acessar a via institucional legal, ainda mais, frente à afirmação da suspeita de que a doença é “simulada”; os programas de prevenção em saúde e segurança ocupacional com pouca resolutividade, desinformação dos riscos presentes no trabalho; e o espaço restrito de discussão sobre a temática e de reivindicação por melhores condições de trabalho.

Neste sentido a fala das trabalhadoras sobre a necessidade de dar visibilidade a seu adoecimento, revela, segundo as mesmas, a sensação de estarem sendo julgadas (e condenadas). O médico neste momento é tido como juiz ou, nos termos da seguridade social, como perito, ou seja, aquele que determina a verdade sobre o adoecer:

(...) Às vezes tu pega<sup>40</sup> uns peritos que... olha o teu exame e ...entende, sabe que essa doença é difícil de aparecer, mas muitas vezes tu pega uns peritos muito, muito ruins! Eles olham para ti... olham para tua cara e acham que tu não tem nada, te mandam trabalhar, dizem; tu é nova, vai trabalhar, é muito feio se entregar para a doença. Dizem que é coisa da tua cabeça, que tu fica pensando ... já me disseram isso. Um perito lá de T., ele olhou para mim e disse: “Mas guria! Tu é nova, tu não pode se entregar, tu fica pensando nisso aí, e fica inventado, isso é psicológico”, é isso que tu tem que ouvir, então, tu é humilhada. (30 anos, setor:montagem, nove anos na empresa).

(...) o médico sempre colocava como se eu tivesse apta a trabalhar, nunca ele disse assim: não, você não pode trabalhar. Então, um mês antes de eu sair, eu fiz os exames e ele disse que eu estava apta a trabalhar, e eu com dor !E (o médico) não aceitava (...) (a entrevistada se refere aos atestados médicos que dispunha) (36 anos, setor da empresa: costureira; nove anos na empresa).

Assim, o trabalhador, vítima de um processo de adoecimento, se vê perdido numa rede de resistência técnica e burocrática, de difícil compreensão. Para o lesionado por LER é difícil adoecer, pois, ao consultar um médico, na busca de auxílio, ou mesmo

---

<sup>40</sup> Optou-se em deixar as falas das trabalhadoras no português coloquial.

compreensão para sua dor, defronta-se com alguém que coloca em dúvida sua lesão, acentuando em decorrência disso, o seu sofrimento.

Verificou-se que, na tentativa de dar visibilidade à doença, as trabalhadoras recorrem a elementos como a tala, e o gesso, procurando, assim, comprovar a existência da doença, através de um registro concreto e visível, ou seja, “mostrar as marcas da enfermidade no corpo” (FOUCAULT, 1994).

(...) Tanto que no dia que eu me afastei, a fisioterapeuta teve que enfaixar o meu braço. Porque ela disse assim; “tu morrendo de dor, está lá dentro, eles não vão acreditar”. (33 anos, setor da empresa: costureira; oito anos na empresa).

(...) Tive que imobilizar o braço,...eu tinha um papel que provava que meu problema era por causa da máquina de overlock. (36 anos, setor: montagem, seis anos na mesma empresa).

A perícia médica se atém a cumprir as atribuições fixadas pelo regulamento administrativo: comprovar o estado de doente e, se for o caso, estabelecer o nexo causal com o trabalho. Constata-se que a perícia médica se inscreve numa hierarquia como representante da autoridade legal e do saber médico. Reproduz-se, portanto, neste órgão, a rigidez à norma legal como característica de um modelo técnico-burocrático. Ou seja, o paradigma adotado pelos órgãos de perícia é o da Medicina do Trabalho, que segundo Nardi (1999), tem uma prática mais burocrática do que propriamente de diagnóstico.

Em todas as falas das entrevistadas ficou demarcado o envolvimento permanente que as mesmas têm em ter que realizar uma infinidade de exames de toda espécie, para ter comprovado seu adoecimento, perante as instituições legais. Como diz Ribeiro (2002), a

medicina, em particular, a do trabalho, “mantém-se agarrada ao dogma da causalidade objetiva”. Diz ainda que, a questão das LER foi transferida do campo das relações sociais para o laboratório e a burocracia, isto é, a doença precisa ter sua causalidade provada e comprovada para ser considerada do trabalho. Nardi (1999, p. 108), faz referência à “via crucis” do trabalhador na via institucional-legal, a qual ele é obrigado a percorrer após adoecer no trabalho, o que evidenciaria um caráter punitivo dentro da perspectiva da Medicina do Trabalho.

(...) eu estou fazendo exames, eu já fiz uma ecografia, e o raio-X da coluna cervical mostrou uma diminuição do.. e agora eu vou ter que fazer uma ecografia para ver melhor, se está inflamado, alguma coisa assim .(30 anos, setor: montagem; nove anos na empresa).

(...) eu estou fazendo ainda tratamento em Porto Alegre, inclusive ontem, eu tive lá, pequei um raio-x, ganhei exames para fazer, e tudo. Eu estou em tratamento ainda. (34 anos, setor: costura, 10 anos na mesma empresa).

Dois anos e três meses que estou fora da empresa. Fiz durante esse tempo cinco exames. Cinco exames provam a mesma coisa. (29 anos, setor: costura, sete anos na mesma empresa).

Além dos vários e constantes exames para comprovar o estado de adoecimento, junto ao INSS e junto à empresa, fica evidenciado o desgaste dessa situação em termos físicos, psicológicos e ainda financeiros: os exames periciais são realizados em outra cidade, o que significa gastos com transporte; várias das entrevistadas se deslocam para tratamento em Porto Alegre, uma vez que, na sua cidade não têm assistência específica para o caso. Também, segundo o relato das entrevistadas, exames solicitados pelos

médicos, muitas vezes têm que ser pagos pelas próprias trabalhadoras adoecidas por não os conseguirem ou devido à excessiva demora, junto à rede pública:

Sim, eu tenho a tomografia, que daí a doutora J. que lá me encaminhou para um outro ortopedista fora, né. (...) agora vai fazer dois anos que está lá para eles marcarem para mim, (...) só de telefone que eu gasto ligando para lá. Porque eu ligo numa semana e eles vão ligar na outra...Daí eu fico horas no telefone esperando até eles poderem me atender ... (39 anos, setor: costura, três anos na mesma empresa).

(...) daí agora, terça-feira, dia vinte e três, eu vou fazer de novo, um novo exame. Mas vou ter que pagar do meu bolso (...) eu não consegui pelo SUS e a minha empresa não tem convênio, não tem plano de saúde... (27 anos, setor: costura, quatro anos na mesma empresa).

(...) que tivesse, assim, uns médicos especializados, umas clínicas melhores para a gente, um laboratório melhor para a gente fazer um exame aqui, né, para não precisar por qualquer coisa ter que correr lá para Porto Alegre. ...tu tem que correr para lá, daí às vezes tu chega lá e a médica não pode te atender, e tu fica para a outra semana (39 anos, setor: costura, três anos na mesma empresa).

As trabalhadoras passam a conviver com uma nova rotina, muito diferente daquela do trabalho, em que existia uma identificação com as colegas e com o próprio trabalho. Vivem uma rotina de exames, consultas, sessões de fisioterapia, enfim, o tempo de afastamento é vivido quase que exclusivamente em função da doença. Além do que, as entrevistadas enfrentam problemas pela desinformação de seus direitos, não conhecem a legislação, não são informadas corretamente dos passos que deveriam seguir em relação à burocracia previdenciária, nem sobre o primeiro passo, a do preenchimento da CAT, na empresa em que trabalham. As trabalhadoras ainda, enfrentam a recusa da empresa em preencher a própria CAT.

(...) a firma (empresa) não me deu a CAT, eles me negaram a CAT. Quando eu comecei a consultar eu nem sabia o que era a CAT, e eles também não me falaram na fábrica, é claro. Eu fui sem CAT lá. (30 anos, setor: montagem; nove anos na empresa).

Percebe-se, também, nas falas das entrevistadas, a existência de subnotificação das LER, sendo que as licenças eram concedidas para tratamento de saúde, e não como doença profissional, o que para o trabalhador significa perdas. Isso leva, por um lado, a um menor número de trabalhadores adoecidos por LER em termos numéricos (nas estatísticas oficiais), e por outro lado, o INSS, e a própria empresa não tomam conhecimento da causalidade da LER ligada ao trabalho. O afastamento e o subsequente auxílio são concedidos por doença comum e não por doença do trabalho, tirando assim benefícios de ordem trabalhista, pecuniária e previdenciária. De ordem trabalhista, porque as doenças do trabalho conferem uma estabilidade de doze meses; de ordem pecuniária porque os cálculos para a concessão do auxílio acidente/doença são maiores para a concessão do que o auxílio de uma doença comum e de ordem previdenciária porque o tempo de afastamento por acidente/doença do trabalho conta para efeito de aposentadoria e o afastamento por doença comum, não. (RIBEIRO, 2002).

Assim, os fundamentos teóricos e técnicos do órgão da perícia médica contribuem para a subnotificação, na medida em que os casos submetidos à inspeção muitas vezes não são associados à doença profissional. Isso acontece mesmo quando a função exercida e o histórico da doença da trabalhadora indicam que se trata de uma LER. As explicações sobre as causas do adoecimento recaem principalmente em reumatismo, distensão muscular, depressão, explicações que têm em comum a abordagem biológica, descaracterizando o vínculo com o trabalho:

Não, só ... a secretaria, os médicos assim sabe como é que eu vou dizer eles dão assim umas indiretas. Assim, como eu falei que estava doendo o meu braço, ela disse que ...ah, que isso não era gerado do trabalho. Elas não querem admitir sabe, elas querem dizer que isso eu já tinha, que isso era do serviço de casa. Que (risos) não era do trabalho, que não era da fábrica, sabe. (30 anos, setor: montagem; nove anos na empresa).

(...) com o trabalho, né, começou a aumentar muito a produção, daí começou a minha doença. (trabalhava nove anos na mesma empresa),... Eu comecei a sentir dor nas minhas costas, daí o médico falou que não era nada, que era só uma inflamação daí ele me deu remédio, eu tomei e foi a mesma coisa que nada, ... Ai eu voltei de novo e ele (médico) disse que é reumatismo, aí ele me disse que eu não queria trabalhar. (36 anos, setor da empresa: costureira; nove anos na empresa).

Constata-se, ainda, um outro problema para as trabalhadoras adoecidas por LER. Além das dificuldades acima descritas, há casos cujos exames acusam alterações apenas em estágios avançados da doença. Como diz Merlo (1999) “a Perícia Médica considera o diagnóstico de LER quando o quadro clínico é bem definido através de sinais, quando os exames (laboratoriais, radiológicos, etc) registram alterações do sistema músculo-esquelético”. Situação essa que causa sofrimento às trabalhadoras, pois as instituições procuram descaracterizar a relação do seu adoecimento com o trabalho, atribuindo o adoecimento a problemas de ordem psicológica em que a justificativa é muito menos do ambiente ou da estrutura do trabalho e muito mais associada a fatores de personalidade ou suscetibilidades pessoais à doença.

Porque eu até fiz uma ecografia aqui, só que não apareceu nada e o médico disse que estava sã, que eu não tinha nada. Mesmo eu dizendo que estava com dor. (39 anos, setor: costura, três anos na mesma empresa).

Ele (médico) disse para mim, é dor muscular. Ele me deu injeção, ele me dava paracetamol direto...Ou me dava relaxante muscular, e nada

e nada adiantou. Eu tinha dor igual, tinha dor, daí eu ia lá, às vezes ele dizia para mim que não tinha o que fazer, daí eu voltava a trabalhar. Às vezes ele dizia para mim que era, um pouco era psicológico. (27 anos, setor: costura, quatro anos na mesma empresa).

Como afirma Nardi (1999, p. 108): “A Medicina do Trabalho se baseia em uma lógica positiva das relações causa/efeito diretas, que vincula o agente agressor a um efeito nocivo, sem contextualizar o processo de adoecimento”. A Medicina do Trabalho é representante do Estado, portanto presa à burocracia e com frequência procura, através da sua prática, legitimar a submissão dos trabalhadores às relações de força entre capital e o trabalho. Assim, a perícia médica, sendo um órgão da própria instituição (INSS), reproduz as relações de poder e o discurso burocrático institucional. Dessa forma, segundo essa perspectiva, o processo de adoecimento é entendido a partir de um enfoque individualista e biologizante (ligado às características pessoais e características materiais do trabalho). Ou seja, ao não contemplar a dimensão entre o homem e sua condição histórica e social, este modelo médico acaba por reforçar as abordagens parciais que freqüentemente individualizam o problema das LER.

As trabalhadoras manifestam também desconhecimento dos riscos a que estavam /estão submetidas. As questões da saúde, segundo o relato das trabalhadoras, eram tratadas apenas nas tradicionais campanhas de proteção, mas não se tinha nestas ocasiões informação ou mesmo orientações com relação às doenças e seus fatores de risco. Observa-se que a minoria das empresas realizava algum tipo de orientação. Assim, como afirma Nardi (1999, p. 100), a conexão do processo e organização do trabalho e a possibilidade de desenvolvimento de alguma patologia são ocultadas. Portanto, além de os programas de prevenção em saúde e segurança serem escassos, apresentam pouca resolutividade:

(...) Era só usar o EPI (Equipamento de Proteção Individual), né o resto nada (36 anos, setor: montagem, seis anos na mesma empresa).

(...) Não eles não fazem palestra. Pode ser que algumas vezes eles fazem, mas nunca sobre a máquina, sobre o serviço. Eles falam assim sobre o EPI para tu usar,...mas nunca do serviço (30 anos, setor: montagem; nove anos na empresa).

Eu nunca tinha ouvido fala nisso, mas dizem que é né (LER relacionado ao trabalho). É que a gente costura aqui, pega caixa ali, pega serviço, sabe. Daí claro, passa o dia inteiro movimentando essa área dos braços, dos ombros. E deve ser, porque eu agora, se eu movimento os braços, daí já dói, chega a dar esses estalos dentro, sabe, e deve ser, né uma coisa tipo, sei lá, dos nervos, que vais gastando, sei lá, ou inflamando. Daí deve ser isso, né é que também a gente trabalha há tantos anos só de um jeito, né, Aí vai acumulando. (39 anos, setor: costura, três anos na mesma empresa).

As trabalhadoras entrevistadas queixam-se de não ter recebido orientações quando surgiram os sintomas, o que, na avaliação das mesmas, possivelmente tenha contribuído para agravar o quadro, visto que as medidas preventivas somente foram tomadas por iniciativa delas, em uma etapa posterior, quando os sintomas se agravaram. Ainda, conforme Nardi (1999, p. 99), “... as empresas têm como prática característica ocultar ou minimizar os riscos do ambiente de trabalho, limitando-se, muitas vezes, a fornecer equipamentos de proteção individual (EPI) sem explicar as razões e as conseqüências da exposição a determinados agentes nocivos”. Isso reforça a concepção vigente de que a saúde é um problema e uma responsabilidade do trabalhador.

Merlo (1999, p. 106), quanto a estes aspectos, faz referência à chamada “consciência culposa”<sup>41</sup>, segundo a qual o trabalhador é considerado responsável pelo seu acidente de trabalho ou doença, procurando através desse discurso retirar a responsabilidade da empresa sobre as doenças e acidentes de trabalho. Essa consciência culposa, segundo o mesmo autor, “foi construída ao longo de um processo que se iniciou nas modificações que ocorreram na legislação acidentária e que iria completar-se nas campanhas de prevenção de acidente de trabalho”.

Pois é, estou meio arruinada né! Porque, em outra fábrica, para eles me pegarem, **eu tenho que me curar**...muito bem desse braço, **porque eu não** consigo mais trabalhar numa esteira, eu não consigo mais fazer quase nada com esse braço. E como que eu vou ir para frente, evoluir, e pegar uma outra fábrica? Tem tudo isso. (30 anos, setor: montagem; nove anos na empresa).

As entrevistadas apontam, ainda, o fato de que praticamente não existe uma interlocução direta entre as trabalhadoras e a empresa, no sentido de haver um replanejamento visando à promoção da saúde. Portanto, o conhecimento das trabalhadoras para uma melhoria das condições de trabalho e saúde, não foi observado, o que se percebeu são as trabalhadoras buscando ou construindo formas de resistência às normas impostas, através da cooperação entre os pares: “um ajudava o outro na sua meta e produção de pares”, ou, a trabalhadora criando formas de resistir à racionalidade imposta pela organização do trabalho tal qual planejada pelo corpo gerencial.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> Na ‘formação da consciência culposa’, como se refere Merlo (1999, 108-109) estão exemplos de campanhas desenvolvidas pelas CIPAS, ou mesmo pelos meios de comunicação, onde aparecem frases do tipo: ‘Use óculos, use luvas, use capacete. Cuidado! A vida é frágil!’, ou ainda, Amigo trabalhador, você sabia que a cada 48 minutos morre um operário trabalhando no Brasil? Tome cuidado com você!.

<sup>42</sup> Aspecto que aprofundaremos 3.4.

Às vezes elas (colegas) faziam o zigue comigo e trocavam, porque eu trabalhava com muita dor, aí elas trocavam, ...a produção tinha que sair igual no final . Ou elas ou eu tinha que dar a produção. (A entrevistada se refere a uma etapa da costura do calçado, que era realizada no seu grupo de trabalho). (27 anos, setor: costura, quatro anos na mesma empresa).

As estratégias de resistência são criadas através de pequenas modificações nas regras preestabelecidas pela gerência, que permite, portanto, fugir, de certa forma, das pressões e criar possibilidades de alteração das condições de trabalho. Dejourn (1999), diz que essas modificações são criadas durante a execução do trabalho, pois ao modificar o trabalho prescrito e ao ampliar o espaço de liberdade criado no trabalho real, o trabalhador busca formas de resistência para enfrentamento do cotidiano laboral.

Em síntese, as trabalhadoras adoecidas por LER estão subordinadas a uma situação caracterizada pela invisibilidade institucional-legal, em que prevalece o paradigma da Medicina do Trabalho que se caracteriza pela individualização da doença e do doente, negando a dimensão histórica e social. A invisibilidade é produzida e reproduzida em empresas e instituições, sendo que a perícia médica cumpre o papel burocrático e representativo da autoridade e do poder, alicerçado pelo saber médico. O adoecimento individualizado é transferido ao trabalhador, descaracteriza sua vinculação ao trabalho, e impõe às trabalhadoras uma “via crucis” que as mesmas são obrigadas a percorrer. Além disso, a comprovação da sua condição de adoecimento, mesmo que possua vários diagnósticos de alterações osteomusculares, passa pelo “julgamento” do perito. Nessa lógica descrita, recai sobre as trabalhadoras a culpabilização pela condição de adoecidas, tirando a responsabilidade das empresas e do processo de organização de trabalho a que estavam submetidas.

### 3.3 LER: O COTIDIANO E A PERCEPÇÃO DAS TRABALHADORAS

Os adoecidos por LER, além de conviver com a dor relacionada com a patologia, têm que enfrentar a “dor” de ter colocado em dúvida seu sofrimento pela empresa, pela perícia médica do INSS e de ter que enfrentar uma desgastante trajetória na busca de atendimento e reconhecimento dos seus direitos legais, como desenvolvido no primeiro ponto deste capítulo. Além disso, nesta trajetória, as trabalhadoras têm que enfrentar situações que impõem novas condições de ordem pessoal - no seu grupo social - e profissional.

Tomando a fala das trabalhadoras como reveladora da situação a que estão sujeitas, procuramos compreender e apreender como estas adoecidas por LER têm enfrentado cotidianamente essa “improdutividade” e “culpabilização” dentro e fora do local de trabalho. Entre as diversas situações: como as trabalhadoras lidam com o impacto do adoecimento; com o medo e insegurança com o futuro profissional; as mágoas para com a empresa, de onde foram “descartadas”; as transformações nas relações familiares e como vivem o isolamento social advindo com o adoecimento.

O caminho percorrido pelo lesionado, desde os primeiros sintomas, é permeado de grande sofrimento. Sofrimento relacionado aos sintomas de dor que acabam fazendo parte da sua vida, tanto durante a jornada de trabalho quanto no período em que está com a família, nos afazeres cotidianos, nos período de lazer e descanso.

...e aí de manhã eu amanheço com as mãos dormentes, daí tudo o que eu pego na mão cai. E a médica agora pediu a outra ecografia para mim fazer porque ela acha que estou com aquele outro, como é que é, síndrome do miocárdio<sup>43</sup>. Porque eu aperto aqui, e dá choque em todos os

---

<sup>43</sup> Síndrome do túnel do carpo é o nome correto do adoecimento da trabalhadora, portanto, demonstrando falta de informações não só de sua doença, do corpo, mas também desconhecimento e sujeição.

dedos, nas duas mãos, daí ela pediu para mim esta ecografia, mas como é cara, né, já vai fazer quatro anos...(39 anos, setor: costura, três anos na mesma empresa).

(...) a primeira vez que eu baixei no hospital eu fiquei quatro dias, daí eu peguei minhas férias, achando que tinha cura, eu não sabia nada sobre esse problema. Eu voltei a trabalhar e trabalhei dois meses. E comecei de novo: dor, dor! Mas só me afastei agora do trabalho. (29 anos, setor: costura, sete anos na mesma empresa).

Apesar de seu reconhecimento legal, todo processo que envolve o adoecimento por LER é acompanhado por práticas que desacreditam o trabalhador lesionado, geralmente invocando a fragilidade ou a inconsistência das “provas”, ou seja, da ausência de exames comprobatórios. As trabalhadoras referem-se ao descaso das empresas com a sua situação da seguinte forma:

...na empresa tu não é uma pessoa bem vista.(...) tu fica uma pessoa que está dando prejuízo para a fábrica. ...ninguém pede para ficar doente (27 anos, setor: costura, quatro anos na mesma empresa).

...a empresa nunca compreendeu...se tu tiver muito atestado ...tu vai pra rua, isso é na certa, mesmo tu estando ruim ou não estando, eles te botam para a rua.(36 anos, setor: montagem, seis anos na mesma empresa).

O tempo que eu fiquei em casa nem sequer alguém veio me perguntar...se eu estava morta ou viva.(33 anos, setor da empresa: costureira; oito anos na empresa).

As práticas de invalidação, ou de não reconhecimento dado pela gerência/chefia revelam os problemas e as dificuldades enfrentadas pelas lesionadas e mostram como as relações de trabalho tornaram-se desumanizadas e impessoais, convertendo-se em outra

fonte de sofrimento. Fazem isso colocando em dúvida as queixas das funcionárias sobre as dores, a dificuldade para trabalhar e as ausências.

Alguns sempre acham que não, que isso é coisa da cabeça, que isso não existe, quê não sei o que. Mas tinha pessoas que já tinham na época, mas eram muitas, sabe, eram poucas pessoas, daí eles achavam que a pessoa estava **fingindo**, que não era, e algumas acreditavam. (entrevistada se referindo aos chefes e colegas de trabalho).

...até tive que brigar com a enfermeira da empresa, ela dizia que meu problema não era do trabalho, que era em casa com meu marido, porque eu chorava, eu tinha dores, sabe. Chegava com dor, e a enfermeira disse, que o chefe deveria me cuidar (29 anos, setor: costura, sete anos na mesma empresa).

Associada aos aspectos da individualização da doença, do descrédito para com os adoecidos, Lima (1998) também salienta que as explicações psicologizantes, culpabilizando o indivíduo pela doença, contribuem para o processo de discriminação dos portadores de LER, que passam a ser vistos como simuladores ou então como alvos de uma fragilidade psíquica e/ou orgânica.

Porque como é que eu ia trabalhar ó com um braço? Não tinha como, porque a dor era tanto que... eu já trabalhava com uma bolsa de gelo, no braço, lá dentro, e ele ainda assim, **mesmo eles achavam que eu estava... fingindo**. Imagina que situação eu fiquei! -risos- (33 anos, setor da empresa: costureira; oito anos na empresa).

Como diz Sato (2001, p. 4), a presença simultânea das LER e do sofrimento emocional tem sido um “substrato fértil para fazer com que se expressem concepções sobre o que é psicológico, bem como sobre a causalidade das lesões”. Assim gerentes/chefias, médicos peritos têm assumido um discurso que geralmente relaciona a LER à

predisposição psicológica, característica de pessoas de personalidade frágil, o que segundo a mesma autora, contribui para uma “construção simbólica propícia para gerar e sustentar sentimentos de culpa em relação à doença; culpa que concentra a busca da explicação da doença no jeito de ser de cada um e não no contexto de trabalho” (SATO, 2001, p. 5).

Eles deixaram bem claro, né, que por causa disso - **da minha doença**-que eu não podia mais fazer produção, que não podia sentar na máquina e costurar ali o dia todo, fazer serão (horas extraordinária), e tudo. (34 anos, setor: costura, 10 anos na mesma empresa).

Várias trabalhadoras entrevistadas trabalhavam com dor, não assumindo a doença, permanecendo no trabalho, mesmo quando já apresentavam alguns sintomas. Em diversos estudos encontramos referências a esta situação como, por exemplo, em Hoefel (2001, p. 525), apontando esse aspecto como uma “estratégia de sobrevivência (adaptação), que passa pela negação do desgaste” devido à insegurança e o medo do desemprego. Hoefel (2001, p. 475) citando Dejours (1999), diz que estes “comportamentos contrários à própria percepção do risco até a submissão à sobrecarga, à não-expressão de sentimentos”, correspondem a estratégias coletivas e/ ou individuais marcadas pela negação da realidade laboral. Isto é, a trabalhadora não evita a doença, mas aprende a “conviver” com a dor e suas implicações.

Nesse processo de controlar a doença, as estratégias são no sentido de impedir que o corpo pare de trabalhar, tanto que o reconhecimento da doença ocorre somente quando esta atinge uma gravidade tal que impede a continuidade da atividade profissional. Nesta direção também podemos fazer referência a Foucault (1997), sobre os mecanismos desencadeados com o objetivo de controlar e domesticar a doença, através da sujeição do corpo enquanto dócil e disciplinado entregue à injunção da organização do trabalho.

Trabalhava com dor. Muitas vezes eu levantava da cadeira com ânsia, com dor, tomava um remédio, voltava, jantava, e aí costurar de novo. E assim nos ai...trabalhei chorando uma semana, porque daí chegou ao limite da minha dor, do inchaço, doía o braço, porque é uma dor, é uma coisa que incha. Inchava muito meu braço, inchava a perna esquerda...(27 anos, setor: costura, quatro anos na mesma empresa).

Na firma, para não dizer que eu nunca peguei um atestado, eu peguei dois dias de atestado que o médico me deu.(53 anos, setor: montagem, oito anos na mesma empresa).

Nos últimos cinco anos para cá que eu comecei ficar assim, só que um tempo eu ainda trabalhei assim, durante a gravidez eu trabalhei assim, com dor...(trabalhava oito anos na mesma empresa) eu trabalhei com dor porque não podia tomar remédio, por causa da gravidez (27 anos, setor: costura, quatro anos na mesma empresa).

Em relação ao afastamento do trabalho, as trabalhadoras relevaram que no início do processo de adoecimento, as licenças para tratamento de saúde são curtas, através de atestados médicos de três dias a uma semana. Posteriormente, em situações mais graves é que há o encaminhamento para a perícia médica. Estes afastamentos podem durar meses ou anos, e são seguidos por uma rotina de exames e implica uma série de consultas, exames complementares e laudos periódicos com especialistas, como também, de novos afastamentos e de retornos para o trabalho.

Eu fiquei dois anos afastada...direto. É deu calcificação no tendão do ombro, e deu tendinite no cotovelo e síndrome do túnel do carpo e três tipos de reumatismo, eu tive (34 anos, setor: costura, 10 anos na mesma empresa)

Fiquei quatro meses afastada por causa da doença, e depois eu voltei.... Boa não, né mas eles me deram alta no INSS e eu tive que voltar, né (32 anos, setor: costura, quinze anos na mesma empresa).

(...) ele (o médico) me explicou o que era, me deu remédio, né, e me encaminhou para o INSS, aí eu fiquei um tempo afastada, daí depois eu voltei né.(...) fiz sessenta sessões de fisioterapia. (32 anos, setor: costura, quinze anos na mesma empresa).

Além das dificuldades associadas ao diagnóstico, já referidas anteriormente, as trabalhadoras enfrentam a falta de um consenso entre as especialidades médicas sobre o tipo de tratamento. Na busca da cura e de um retorno à vida produtiva elas têm se submetido ao uso de uma série de medicações (analgésicos, antidepressivos, antiinflamatórios), a inúmeras sessões de fisioterapia, massagens, acupuntura, medicina ortomolecular, intervenções cirúrgicas, psicoterapia individual e grupal. No grupo entrevistado encontra-se também uma trabalhadora, que abandonou todo tipo de tratamento.

Olha, eu não me considero uma pessoa tão inválida assim em função desta doença. Mas por causa que eu busquei na psicologia, no psicológico. Mas tem gente, eu já vi parar de trabalhar, parar de viver por causa das dores (27 anos, setor: costura, quatro anos na mesma empresa).

Para poder dormir tomo relaxante muscular, e calmante e tomo anti-inflamatório, quando ataca bastante, também tomo tylex... Fisioterapia, eu já fiz cento e poucas sessões. (33 anos, setor da empresa: costureira; oito anos na empresa.).

Como a LER apresenta um caráter crônico e recidivante, ela significa, freqüentemente, uma impossibilidade total das trabalhadoras retomarem suas funções. Na tentativa de reverter o quadro clínico as trabalhadoras, muitas vezes, mudavam de função. Quando a empresa não dispõe de outra função em que recolocá-las (ou quando ela não tem

interesse em fazê-lo) isso pode significar a perda pura e simples do emprego. Como constatado entre várias de nossas entrevistadas.

(...) aí eu nem trabalhei mais na máquina...mas aí eles me colocaram num servicinho mais fácil para fazer, né. Aí eu consegui fazer (32 anos, setor: costura, quinze anos na mesma empresa).

(...) Aí chegando lá eu ... fui recebida na empresa de forma diferente. Eu não tinha mais lugar onde eu trabalhava, eles disseram que tinham colocado outra pessoa, e que para mim, eu tinha que ficar de reserva um pouquinho em cada grupo ...(34 anos, setor: costura, 10 anos na mesma empresa, foi demitida).

Foi comum ouvir das entrevistadas que esse tipo de atitude (demissão) por parte da empresa. Fato que causou decepção e mágoa, principalmente depois de muitos anos de trabalho e de dedicação à mesma empresa. Isto se reforça à medida em que, quase todas as adoecidas entrevistadas tinham, de certa maneira, um “saber intuitivo”<sup>44</sup> (LIMA, 1998, p.104) de que haviam adoecido por causa do trabalho, pois quando questionadas sobre o adoecimento, as trabalhadoras identificavam as condições de trabalho, os esforços, a pressão para atingir as metas como determinantes no adoecimento.

Com certeza, porque eram movimentos repetitivos, o tempo inteiro fazendo a mesma coisa, né. Era muita produção e tinha que fazer, não tinha como... não te davam uma folga, se tu não fizesse, tá louco, eles iam em cima de ti. (32 anos, setor: costura, quinze anos na mesma empresa).

Por que na maioria dos dias eu trabalhava e forçava bastante eu não podia, muitas vezes, nem descer da máquina. Só que até quando eu tinha saúde eu fui reconhecido pela firma, mas depois...É sempre assim

---

<sup>44</sup> Lima (1998), faz referencia a este saber “intuitivo”, verificado na sua pesquisa realizada com bancários.

né, quando a gente não tem saúde, não serve mais para eles. (53 anos, setor: montagem, oito anos na mesma empresa).

Nas falas das trabalhadoras afastadas do trabalho foi possível perceber, também, “um vazio”, a falta de uma atividade, o convívio com os colegas. Percebeu-se que algumas entrevistadas, praticamente passaram a viver um isolamento, não tendo mais uma vida social, não participando de atividades fora de casa, como se vivessem uma espécie de enclausuramento.

Além do isolamento social das trabalhadoras, o adoecimento é também vivenciado como algo individual e as trabalhadoras sentem-se sós e responsáveis pelo próprio adoecimento, enfrentando a via crucis já descrita no primeiro ponto desse capítulo.

Eles não entendem que tu tá ali quieta da dor que tu tem...Tu tem que aprender a conviver, porque cura não tem. (36 anos, setor da empresa: costureira; nove anos na empresa).

Ninguém quer estar assim, ninguém queria, né, porque eu sempre trabalhei, nunca...nunca...passei por isso. Mas agora é uma fase que eu também tenho que aceitar. Porque, tu não é mais a mesma. (33 anos, setor da empresa: costureira; oito anos na empresa).

Nas entrevistas, as trabalhadoras referiam-se ao prazer pelo trabalho, pela função que desempenhavam. Neste sentido, o adoecimento significava um rompimento. Este “prazer” pelo trabalho, mesmo que em condições de pressão, de monotonia de tarefas repetitivas, pode ser compreendido pelo “adestramento dos corpos”, pela disciplina imposta no desempenho profissional referido por Foucault (1997), ou ainda segundo a

tradição judaica-cristã, relacionando o trabalho à dignidade do homem, conferindo ao trabalho uma “positividade moral”, ligada à punição e ao sofrimento (JACQUES, 2002).

Adoro costurar, eu estou com saudade de sentar na máquina, sabe, quando eu passo, assim, na frente de uma casa que eu vejo uma mulher costurando, eu chego a parar, sabe, só o barulhinho da máquina, parece que é eu sentada costurando. Mas o que eu vou fazer, né, eu tenho que superar. (39 anos, setor: costura, três anos na mesma empresa).

(...) Tanto que eu entrei em depressão, porque eu não queria parar de trabalhar (27 anos, setor: costureira, quatro anos na mesma empresa).

Já o afastamento do trabalho, além de isolamento, pode levar ao que Ribeiro (1997), chama de “a morte social”, ou seja, os trabalhadores temem “não poder mais fazer aquilo que faziam antes”, trabalhar, cuidar de si e dos outros. Portanto, estar destituída da capacidade de trabalhar, ainda que por um período, implica perdas, uma baixa auto-estima, incapacidade e um sentimento de incriminação explícita e velada.

(...) A gente ia bastante em festas, e agora nem em festas do colégio nós temos ido mais. E não participo de mais nada. Tu vai no colégio (das filhas) e lá as professoras contam com a ajuda da gente. E eu não posso ajudar, então eu já nem vou. (27 anos, setor: costura, quatro anos na mesma empresa).

Além da incapacidade profissional que as trabalhadoras adoecidas por LER enfrentam relativo ao trabalho na empresa, também no âmbito familiar ocorrem situações que afetam a vida das trabalhadoras. Isso porque passam a ocorrer limitações no desenvolvimento das atividades que são culturalmente definidas como “suas”. No decorrer

da entrevista, as trabalhadoras acabaram por revelar uma auto-incriminação devido às limitações para realizar certas tarefas domésticas.

Em termos das meninas ou com meu marido mesmo (mudou a relação a partir da LER), porque eu entrei em depressão e eu fico muito nervosa, sou muito brava. Então, daí, o serviço, jamais ninguém faz como tu faz. Ninguém vai fazer na tua casa do jeito que você quer ...E é isso que me irrita, ou me dá nos nervos. Às vezes eu tenho que sair de casa e esquecer que eu estou doente. Mas a dor não deixa tu esquecer. Porque a dor é intensa todo dia. E eu senti que minhas gurias sentiram bastante, principalmente a mais velha, porque aí é ela que tem que tomar conta da casa. E ela estuda. (27 anos, setor: costura, quatro anos na mesma empresa).

(...) eu chegava em casa e não conseguia pegar a nenê para dar de mamar. Eu botava ela ali no braço... se não tivesse outra pessoa perto eu podia até deixar ela cair. Tu perde as forças...(33 anos, setor da empresa: costureira; oito anos na empresa).

A fala das trabalhadoras lesionadas revela, mesmo que sutilmente, um certo descrédito por parte da família, mesmo que num primeiro momento afirmavam ter apoio familiar. Estar doente significa não corresponder às suas expectativas, às da família e às da sociedade, no que se refere a ser trabalhador e ter uma ocupação remunerada, concorrendo para a frustração e interrupção de um projeto de vida pessoal, familiar e profissional.

Às vezes ele diz pra mim (marido): é um pouco de dengo. (...) de noite tu não dorme e não deixa ninguém dormir. E meu marido ele chegou a dizer: O Silvia, você tá bem inútil, foi quando eu queimei meu braço...Mas, ele espera que eu vou melhorar ainda.(27 anos, setor: costura, quatro anos na mesma empresa).

Já o fato de o maior número de adoecidas por LER ser mulher tem levado a uma série de suposições, como os de “susceptibilidade ou predisposição, inerentes à mulher, por

razões genéticas, antropométricas, constitucionais ou psico-emocionais” (RIBEIRO, 2002). Este tipo de abordagem, segundo o mesmo autor, na verdade esconde preconceitos e pode colaborar para a desvalorização da força de trabalho feminina, além de inibir os homens de revelarem uma doença supostamente feminina e calar a dor de ambos.<sup>45</sup> (RIBEIRO, 2002)

“...meu chefe disse, isso é doença de mulher...” (36 anos, setor: montagem, seis anos na mesma empresa)

Questionadas sobre o futuro profissional, percebemos nas falas das entrevistadas, as dificuldades em planejar um futuro, principalmente pelas limitações impostas pelas LER. Numa realidade laboral em que a probabilidade do desemprego é real e existe a consciência da dificuldade de novas perspectivas de trabalho, o medo da perda do vínculo vem junto com a desesperança quanto ao futuro.

Olha, às vezes eu penso assim, que, não sei nem como eu vou conseguir voltar a trabalhar...porque um dia tu tá bem outro dia tu está ruim, uma hora tu tá com dor e outra tu não tem (36 anos, setor: montagem, seis anos na mesma empresa).

Também é significativa a referência por parte das entrevistadas, ao fato de não terem qualificação para desempenhar outra atividade profissional, atribuindo a situação a sua baixa escolaridade, visto que, muitos iniciaram a atividade produtiva na sua adolescência (12,13 anos de idade) e não continuaram os estudos. Situação essa, que marca fortemente os trabalhadores do setor calçadista.

---

<sup>45</sup> Tínhamos informações por parte das entrevistadas, que as mesmas conheciam homens que tinham LER, apenas entrevistamos um, havíamos feito contato com outro que não deu retorno.

Olha, eu como não tenho muito estudo, né, até queria...ter outras alternativas, mas não tenho muita coisa. Daí eu vou ter que tentar assim, trabalhar em casa com serviço leve...(33 anos, setor da empresa: costureira; oito anos na empresa).

Entre as que fazem referência ao futuro profissional, dizem que vão continuar trabalhando no ramo do calçado, mas “em casa ou em um atelier”, onde poderiam trabalhar com menor pressão, e num ritmo mais compatível com sua condição e limitação produtiva.

Daí eu vou ter que tentar assim, trabalhar em casa (no sapato) com serviço mais leve (33 anos, setor da empresa: costureira; oito anos na empresa).

Sobre o aspecto da saúde e seu significado para as entrevistadas, a expressão “saúde é tudo, é a maior riqueza” foi constante. Ela expressa a possibilidade de ser produtivo. Ter saúde, ser saudável está ligada, portanto, à capacidade de trabalhar. Assim, estar doente é sinônimo de inatividade, não produtividade, de algo proibitivo, como se fosse castigo, uma vez que o corpo é o único gerador de bens.

Ah, é a coisa mais boa, né, se a gente tivesse disposição sempre, que a gente pudesse levantar de manhã e ir pro trabalho sem problemas o dia todo e vir para casa sem problema. Porque a gente que já está com esse problema é horrível. A gente sai já com dor, nas costas, nas juntas, nos dedos, a gente fica...ruim (50 anos, setor: costureira, oito anos na mesma empresa).

...tem que ter saúde para trabalhar, senão tu não consegue trabalhar! (30 anos, setor: montagem; nove anos na empresa).

A trajetória do adoecimento das entrevistadas remete a significativas repercussões no cotidiano de trabalho e também na vida fora dele. As lesões por esforço repetitivo,

devido à dor que provoca, impõem limitações e uma fragilização que acaba comprometendo o desenvolvimento de atividades sob as quais as trabalhadoras tinham “controle” no âmbito profissional e/ou familiar. Este novo estado, muitas vezes é marcado por momentos de depressão, por sentimento de culpabilização e pode contribuir para o sofrimento psíquico.

O trabalho que, para as mesmas, além de ser o meio de manutenção (sobrevivência), é também a possibilidade de inserção social, contribuindo na formação da identidade e na obtenção e garantia de direitos sociais, meio para a preservação da auto-estima e do reconhecimento social, encontra-se abalado perante a lógica vigente da subordinação da saúde à produtividade imposta pelo capital.

#### **3.4 O PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO: OS NOVOS MODOS DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO TRABALHO E SUAS IMPLICAÇÕES NO ADOECIMENTO POR LER.**

Compreendemos que o aumento da prevalência das LER, especialmente nos últimos anos, deve ser buscada na dinâmica do trabalho, nos novos métodos produtivos e organizacionais, adotados pelas empresas calçadistas (especialmente as de maior porte) com vistas a se manterem de forma competitiva no mercado nacional e ou internacional.

O estabelecimento das condições de trabalho, a organização, a natureza das relações hierárquicas, o tipo de estruturas organizacionais, os sistemas de avaliação e controle dos resultados, as políticas em matéria de gestão de pessoal e os objetivos, os valores e a filosofia da gestão, devem ser compreendidos como fenômenos socialmente determinados, que atingem diretamente a vida dos trabalhadores. Estes, por sua vez,

acabam por ter que responder com seu corpo, com sua força de trabalho às transformações e impactos pelo qual passa o mundo do trabalho.

Através da investigação realizada, observa-se que as mudanças implantadas nas indústrias calçadistas passam: pela ampliação das responsabilidades dos trabalhadores; pelo maior controle, por meio de avaliação do desempenho e de prêmios de produção e assiduidade e pelo aumento da produtividade e das responsabilidades individuais. Ainda, pela introdução de grupos de trabalho ou de células de produção, que têm como principal objetivo o aumento da eficiência e da produtividade. Processos estes que têm significado para muitos trabalhadores uma sobrecarga de trabalho que, através do ritmo e da exigência por produtividade, tem elevado à prevalência de doenças profissionais.

É na fala das trabalhadoras sapateiras adoecidas por LER, que buscamos perceber quais as mudanças mais significativas no cotidiano de seu trabalho, que contribuíram para a relação trabalho e adoecimento.

Uma primeira constatação sobre o processo de produção e organização do trabalho, junto à produção de calçados, se refere à introdução de equipamentos à base de microeletrônica que, por sua vez, gerou modificações na linha de produção de algumas etapas do processo de produção do calçado, levando à redução do número de trabalhadores das seções. Segundo as trabalhadoras são as mudanças no maquinário que, embora seja mais moderno e mais leve, impõem, em contrapartida um ritmo mais intenso de trabalho, além de uma maior cobrança por produtividade.

A máquina era programada, ela cortava o fio, tudo, né, sozinha, e ...por isso, como foi modernizando as máquinas, a produção também foi aumentando, e o esforço cada vez foi maior. Começou a mudar a

produção, de oitenta pares por hora passou a cento e vinte pares por hora. (36 anos, setor da empresa: costureira; nove anos na empresa).

(...) porque quando eu comecei, em dois anos nós éramos em quinze, que nós fazíamos na overlock., e quando eu saí da máquina... nós estávamos em sete ... e nós tínhamos que tirar a mesma produção. (36 anos, setor: montagem, seis anos na mesma empresa).

Com o uso da microeletrônica, o trabalho passou a ser mais controlável. Há uma maior individualização do controle (a máquina é dotada de um mecanismo capaz de registrar a quantidade de pares de calçados efetivamente concluídos) e do tempo, portanto, a tecnologia passa a ser uma aliada da gerência na vigilância do ritmo da operação, e também no controle da produtividade.

(...) tudo era anotado, era o auxiliar que anotava....Aí era cobrado, a pessoa que não fizesse aquela quantia de par por tempo de serviço ali, era cobrada a hora. Era hora em hora.(53 anos, setor: montagem, oito anos na mesma empresa).

(...) a chefia olhava a quantidade de pares que tu tinha feito. Tinha que fazer aquela quantia...todo dia.Se tu não atingias, podia assinar uma advertência. (36 anos, setor: montagem, seis anos na mesma empresa).

Além das modificações já descritas, com a introdução de equipamentos e tecnologias mais sofisticadas (como o Computer Aided Design - CAD -), na linha de produção do calçado, observa-se que em alguns setores ou seções houve redução do número de trabalhadores. As trabalhadoras consideram que estas mudanças significaram um aumento da quantidade de pares de calçados (sobrecarga) produzidos às custas de uma

intensificação do ritmo de trabalho. Com frequência, durante as entrevistas foram feitas referências às dificuldades em atingir as metas estabelecidas.

A gente tinha que cumprir a meta. A gente dizia que era demais, né, mas ela sempre alegava que tem gente que conseguia fazer (as metas) e sobrava tempo...né, algumas pessoas conseguem tirar mais do que outras, né, e aí elas diziam: não, mas o grupo lá fez e ainda sobra um tempinho de tarde. (34 anos, setor: costura, 10 anos na mesma empresa)

Em relação às metas e à pressão por produtividade, as entrevistadas destacavam que as mesmas não tinham como interferir (nestas decisões), pois a “ordem vinha de cima”, portanto, essa situação significava um entrave para a autonomia. Segundo as mesmas, o cronometrista - que registrava o tempo mínimo de execução de cada etapa da confecção do calçado, de um determinado modelo que estava sendo produzido - estabelecia o tempo como padrão para todo o setor, independente das possibilidades individuais das trabalhadoras. O cumprimento das metas é utilizado como forma de avaliação e controle das trabalhadoras.

(...) aquilo (tempo) era cronometrado, os teus minutos, (o tempo) que tu levava para fazer um pé, um par. Mas o valor que eles colocavam, vamos supor, o cronômetro sempre dava a maior, se tu conseguia fazer cinquenta, vamos supor, eles botavam oitenta. Pois é, sempre era a mais, era mais do que teu corpo pudesse suportar. (33 anos, setor da empresa: costureira; oito anos na empresa).

(...) as costureiras reclamavam, falavam na hora das reuniões, né, ... todas achavam que era demais a produção que eles pediam, que não iam conseguir, e eles diziam que não: tem que ser, essa produção. E... uma chefe batia na mesa e ela dizia que com ela não tinha, com ela era preto no branco e não tem, tem que sair a produção. (29 anos, setor: costureira, sete anos na mesma empresa).

Sobre o grupo de trabalho ou células de produção adotadas por algumas empresas, as trabalhadoras entrevistadas destacam que havia uma pressão “coletiva” pela produtividade, ou seja, o próprio grupo impunha um ritmo de trabalho - sobre o trabalhador individualmente - para que a meta fosse atingida. As mesmas relataram que num quadro era fixada a quantidade de pares de calçados produzidos por cada grupo. Quando um grupo não atingia as metas, eram realizadas reuniões pela chefia ou gerência para saber os motivos ou falhas do não cumprimento das metas estabelecidas. .

(...) era um grupo, era um grupo de cinco mulheres, no caso, você tinha que dar conta. Cada um fazia o seu serviço e no final do dia tinha que ter aquela quantia de pares.(36 anos, setor da empresa: costureira; nove anos na empresa).

(...) Ah, eles levavam, faziam reuniões, levavam numa salinha, conversavam que tinha que atingir a meta porque a produção tem que sair. E se não saísse na primeira reunião que eles faziam, eles faziam várias outras durante o dia, até atingir a meta que eles queriam.(29 anos, setor: costura, 7 anos na mesma empresa)

Porque muitas queriam ser mais amigas da chefe, né, então elas procuravam fazer, no caso, os cento e vinte pares, daí por causa daquelas, as outras que não conseguiam eram obrigadas a fazer também. (36 anos, setor da empresa: costureira; nove anos na empresa).

Através do trabalho em grupo aumenta o grau de responsabilidade pelo conjunto das etapas que estão sendo realizadas. As trabalhadoras observam que, com o grupo, elas sabem como as tarefas estão sendo realizadas e percebem como todas estão trabalhando, seu ritmo ou se algum membro do grupo está com dificuldades na execução de sua tarefa. Assim, uma das características dos grupos de trabalho passa pela necessidade da cooperação, um maior comprometimento para que as metas fixadas sejam cumpridas.

Tem bastante (pressão no grupo). Bastante que não pode deixar o outro ficar parado. Tem que atingir a meta e tem que todo mundo trabalhar ao mesmo tempo. (29 anos, setor: costura, sete anos na mesma empresa).

Ah, era muito, muito que não dava tempo para ir tomar uma água, às vezes alguém trazia. Ir ao banheiro... muitas vezes ficava a manhã toda sem ir no banheiro para atingir a meta de produção. (29 anos, setor: costura, sete anos na mesma empresa).

As trabalhadoras relatam que a partir da adoção de células, passaram a desenvolver mais de uma tarefa, principalmente quando uma das colegas do grupo não conseguia dar conta da demanda. Pode-se, entretanto, observar através dos relatos que essa “polivalência” das trabalhadoras, é extremamente limitada, pois o que geralmente ocorre é a simples economia de mão-de-obra, na medida em que há um acúmulo de funções, pela mesma trabalhadora. Dessa forma, o trabalho é parcelado em tarefas, ou seja, fragmentado, não proporcionando uma ampliação de novos conhecimentos.

(...) uma ajudava a outra no seu trabalho, para não atrasar a produção. A gente fazia as peças da outra. (36 anos, setor da empresa: costureira; nove anos na empresa).

(...) no meu setor, era cinco, agora somos três, para fazer tudo. A gente tem que dar conta. (39 anos, setor: costura, três anos na mesma empresa).

(...) eles eram dois e eu sozinha, tinha que dar conta na minha máquina para eles que botavam a sola no sapato. (36 anos, setor: montagem, seis anos na mesma empresa).

Algumas empresas utilizam, nas suas políticas de gestão, a premiação como estímulo para o cumprimento de metas através do uso da competição entre os grupos/células de trabalho. A premiação é buscada pelos trabalhadores tanto para efeitos demonstrativos como para obter o reconhecimento da chefia. Araújo (1998, p. 229), fala da busca do reconhecimento dizendo, “o sentimento de satisfação começa em nossa relação com o trabalho, mas ele só se completa quando esse trabalho é reconhecido”. Assim, ao estar disponível para atender a solicitação da chefia, ao participar das competições, percebe-se a busca de um reconhecimento do trabalho, tanto perante a chefia como perante os próprios pares.

É, até chegou a ser premiado, um tempo, chegou a ser premiado o grupo que tirava (cumprisse a meta) ganhava um premiozinho, um bombonzinho, alguma coisa assim. (34 anos, setor: costura, 10 anos na mesma empresa).

A turma (grupo) que atingisse as metas do mês e nem faltas e ...aí ganhava um prêmio, um calçado, uma cinta, uma coisa.(36 anos, setor: montagem, seis anos na mesma empresa).

Uma das formas de premiação que foi destacada pelas entrevistadas, é da premiação do ‘rancho’, ou seja, uma cesta básica, para esta premiação as regras são rigorosamente observadas: não faltar, não ter atestado, não chegar atrasada ao trabalho. Cumpridos esses critérios, as trabalhadoras recebem o ‘rancho’. Algumas adoecidas por LER, colocavam sua contrariedade em não mais poder participar dessa premiação, devido aos atestados que apresentavam. Assim, constata-se que essa prática na verdade significava uma forma de punição e discriminação para com as trabalhadoras adoecidas.

Sim, porque a gente não podia faltar, né, não podia chegar atrasada e nem faltar, e como eu tinha que fazer fisioterapia todo o dia, ... eu perdia o rancho que eles davam, como prêmio para quem não faltava.(36 anos, setor: montagem, seis anos na mesma empresa).

Não recebe nem com atestado e nem com falta e nem com saída. Nem chegar atrasado, se chegou um minuto atrasado perdeu o rancho. (36 anos, setor: montagem, seis anos na mesma empresa).

A situação de discriminação acima apontada revela um paradoxo, pois para atingir as metas de trabalho estabelecidas são necessários laços de confiança, trabalho em equipe, cooperação, já referida anteriormente, no sentido de promover o aumento da produtividade e a qualidade do trabalho. Paradoxalmente, este comprometimento com o trabalho, por parte do trabalhador não é correspondido, pela empresa, na medida em que as adoecidas por LER, na sua maioria são demitidos pela mesma.

O valor que eu ganhava eles achavam que era demais pelo que eu estava fazendo. Aí eles me demitiram. É, depois de quinze anos eles pensam: porque eu vou ficar com essa pessoa se ela não pode fazer mais o que eu quero? (Cristina, 15 anos na mesma empresa).

Depois de todo esse tempo na empresa.....eu tive que botar bastante atestado (por causa da doença), e no ano seguinte ele me botaram para a rua. (Bianca, seis anos na mesma empresa).

(...) daí eu não podia mais costurar, eles me mandaram embora. Disseram que tinha muito pessoal, e que eles estavam... precisando de menos gente. E simplesmente me mandaram embora. (36 anos, setor da empresa: costureira; nove anos na empresa.).

Fica evidente, que as empresas não querem arcar com o ônus e um trabalhador adoecido. Assim, as LER estão inseridas neste embate, entre saúde e os interesses do capital que procura usar apenas “o corpo saudável”, negando sistematicamente sua responsabilidade com o adoecimento.

Nas relações de trabalho são observadas formas de controle e vigilância, como as referidas por algumas trabalhadoras, sobre o número de vezes que a pessoa pode ir ao banheiro e ao tempo de permanência no mesmo. É uma prática que revela a contradição dos métodos de gestão, que, por um lado, exigem um trabalhador participativo, mas por outro, impõem um rígido controle sobre o corpo do mesmo. Há um ‘disciplinamento’, um ‘controle sobre o corpo’, e este “implica numa coerção ininterrupta (...) e se exerce de acordo com uma codificação que esquadrinha ao máximo o tempo, o espaço, os movimentos” (FOUCAULT, 1977, p. 118). Esta coerção revela uma prática da racionalização do trabalho taylorista, e se mostra presente na seguinte fala de uma das entrevistadas:

... não tem que tentar (a chefe dizia para a costureira) você tem que fazer., tem que conseguir a produção **mesmo eu trabalhando direito**, sem ir ao banheiro e sem tomar água eu quase nunca conseguir atingir (meta). (33 anos, setor da empresa: costureira; oito anos na empresa.).

O medo da demissão, do desemprego ficou evidenciado na fala das trabalhadoras. O medo do desemprego vem associado ao aumento de competição, à diminuição dos laços de solidariedade e demonstra um certo “consentimento” e “tolerância” com as condições de trabalho. Também o medo pelo desemprego pode contribuir com a falta de resistência

coletiva e individual das trabalhadoras. As entrevistadas diziam que “todo mundo aceita tudo quieto”, com medo da demissão.

(...) se a pessoa não fizesse (a produção) eles cobravam e até ameaçavam a pessoa, né... Às vezes tinha uns colegas que queriam se organizar, mas eles cobravam (a chefia, a empresa). Tinha que aceitar pelo seguinte, porque a maioria trabalhava porque precisava, aí uns têm medo de perder o serviço. Todo mundo precisa (de emprego). (53 anos, setor: montagem, oito anos na mesma empresa).

Observou-se que apesar dos novos métodos organizacionais e de gestão adotadas pelas indústrias calçadista através da reestruturação produtiva, os princípios do taylorismo e do fordismo, ainda estão fortemente presentes nos locais de trabalho, portanto, nos processos produtivos deste setor. Contudo, o conjunto deste processo produtivo tem significado importantes mudanças no trabalho das calçadistas: mudança de ordem tecnológica; redução do número de trabalhadores; maior produtividade e multifuncionalidade. Aliado aos fatores não mensuráveis como: tensão, pressão e controle por produção e medo do desemprego.

O conjunto de fatores apontado na organização e gestão do trabalho, que se mostrou nas situações concretas presentes nas falas das entrevistadas, assinalam um papel preponderante no desenvolvimento do adoecimento por LER. É importante destacar que nenhum dos fatores acima consegue explicar, isoladamente, a gênese dessa doença, mas é necessário que se leve em conta todo um conjunto de fatores que envolvem aspectos objetivos e subjetivos. Assim, o adoecimento varia de acordo com o grupo de trabalhadores, do tipo de organização do processo de trabalho, do tempo e espaço histórico, da estrutura e organização do trabalho na sociedade e da forma como o indivíduo reage a estas condições. Como diz Ribeiro,

Embora tal relação não seja simples e linear, do tipo causa/efeito, impossível não associar as LER com esta reestruturação, caracterizada por inovações tecnológicas no campo da microeletrônica e de novas formas de administrar e controlar o trabalho, articulado com políticas no campo das relações sociais (RIBEIRO, 2001, p. 7).

Consideramos, portanto, que as LER, não podem ser explicadas nas teorias de culpabilização por visões individualistas ou mesmo orgânicas, mas, sim, parte-se do entendimento de que o desgaste físico e psíquico das trabalhadoras tem que ser buscado junto ao modo de trabalhar na sociedade contemporânea.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo teve como objetivo geral a análise das relações entre a reestruturação produtiva e o adoecimento por LER dos trabalhadores calçadistas, focando principalmente os aspectos ligados ao processo de organização e gestão implantados neste setor produtivo.

Viu-se que, em boa parte do século XX, o modelo hegemônico de organização do trabalho foi o taylorismo e o fordismo. Modelo que entra em crise na década de 70, pois já não respondia aos patamares de acumulação predominante em períodos anteriores, fazendo com que o capital implantasse mudanças na dinâmica do mundo do trabalho com vistas ao enfrentamento da competição internacional dos mercados. Esse quadro, apesar de apresentar mudanças principalmente da acumulação flexível, impor novas exigências de produção e qualificação para os trabalhadores, mantém no âmbito das relações de trabalho, características do modelo fordista ou taylorista que se renovam como forma de responder a novas dinâmicas produtivas.

Afirmou-se que a compreensão e análise do fenômeno por nós proposto, trabalho e adoecimento por LER, deve ser estudado dentro deste quadro macro-estrutural, uma vez que, o setor calçadista passa a modificar seu processo de produção e gestão como resposta à grande concorrência, seja no mercado nacional como no mercado internacional,

especialmente neste último. Assim, a maior prevalência de casos de LER associada ao processo de reestruturação da produção e da gestão constatados nos setor (constatação feita através de nossa análise, seja, empírica ou teórica) tem como pressuposto este quadro geral, a partir do qual chega-se a uma série de conclusões que merecem destaque.

A primeira de nossas conclusões situa-se no próprio campo da reestruturação produtiva, organizacional e de gestão. Como vimos a reestruturação neste setor industrial é marcado por um processo bastante heterogêneo, fazendo com que as empresas incorporem de forma diferenciada o estabelecimento das condições de trabalho, a organização, a natureza das relações hierárquicas, o tipo de estruturas organizacionais, os sistemas de avaliação e controle dos resultados, as políticas em matéria de gestão de pessoal e os objetivos, os valores e a filosofia da gestão.

Pôde-se constatar no decorrer desta pesquisa, que a reestruturação produtiva implantada nas indústrias calçadistas tem se caracterizado pela intensificação do trabalho, associado às novas formas de organização, gestão e flexibilização. As principais mudanças observadas no interior das empresas foram a redução de postos de trabalho, principalmente daqueles relacionados a tarefas auxiliares; a utilização do trabalho em grupo ou células de produção e reagrupamento e polivalência de funções, que resultaram em sobrecarga, intensificação do ritmo e maior controle do trabalho.

Além destas mudanças, a estratégia de redução de custos que mais se difundiu entre as empresas calçadistas, foi a terceirização da produção, incrementando práticas de subcontratação, via transferência de parte da produção para ser realizada fora das empresas. Esta terceirização tem significado redução de custos, seja na base de infraestrutura, bem como nos custos com os encargos sociais, fatores que são preponderantes

para o enfrentamento da competitividade. Em termos tecnológicos, ainda que se tenha registro de mudanças na base técnica com equipamentos de base microeletrônica, com a adoção de tecnologias como o Computer Aided Design (CAD) e o Computer Aided Manufacturing (CAM); a implantação do just-in-time e o programa de qualidade total, principalmente em empresas de grande porte, pode-se afirmar que o processo de reestruturação produtiva no setor calçadista tem se pautado muito mais pela adoção de mudanças organizacionais que resultaram em diminuição do número de trabalhadoras, aumento da produtividade e transferência de trabalho para ser realizado fora dos limites físicos das empresas.

Cabe ainda destacar que, concomitantemente, às estratégias destacadas para o enfrentamento da competitividade dos mercados, o setor calçadista tem adotado como política de reestruturação a migração de empresas para a região Nordeste do país, especialmente por apresentar uma mão-de-obra barata, oferta e incentivos fiscais, créditos e outros benefícios na área de infra-estrutura.

Uma segunda conclusão, diretamente vinculada a anterior, está no campo das implicações produzidas por esta reestruturação. O setor mantém basicamente os antigos processos de produção pois percebe-se que o fordismo e o taylorismo são ainda dominantes, embora haja também novos processos, oriundos das práticas toyotistas que foram sendo assimilados no setor. A reestruturação organizacional e de gestão tem significado para os trabalhadores, um acúmulo de tarefas parciais; intensificação do trabalho, principalmente através dos grupos ou células de produção; conservação das formas tradicionais de produção (como a esteira mecânica), prevalecendo a lógica da racionalização do trabalho taylorista, marcada pela divisão de tarefas entre planejamento e execução.

Pelo estudo empírico, constatou-se uma prática de gestão que revela um meio de avaliação e controle do trabalho. Este processo de avaliação e controle passa pela distribuição de cesta básica somente para os trabalhadores que não têm faltas durante o mês de trabalho, não têm atrasos e, ainda, não apresentem atestado (ou laudo) médico, demonstrando o grau de disciplinamento. Observou-se que as trabalhadoras adoecidas por LER, apesar da lesão, “negavam” a sua dor para não perderem esta premiação. Tal fato aponta na direção dos estudos de Foucault (1997) sobre a domesticação do corpo, ou seja, sua sujeição, enquanto dócil e disciplinado entregue à injunção da organização do trabalho.

Ressalta-se que a organização em grupos de trabalho ou células de produção é uma das principais inovações organizacionais adotadas pelas empresas. A célula faz com que o trabalho de cada um dependa do trabalho do grupo e vice-versa. O controle assume uma nova face, que não está mais centrada apenas na hierarquia superior, mas em toda equipe de trabalho. A célula assume características grupais: pressiona para garantir as metas, a produtividade e até o consentimento em relação à dinâmica do trabalho. Embora tenha sido destacado pelas entrevistadas que exista cooperação entre os pares, para a conclusão de tarefas, ocorre uma constante pressão para que as metas exigidas pela empresa sejam atingidas. Os grupos de trabalho, portanto, significam aumento da produtividade, ou seja, uma sobrecarga de trabalho, intensificação do ritmo e multifuncionalidade.

Cabe destacar ainda que, através da investigação, seja pela pesquisa qualitativa como pela pesquisa quantitativa, junto às sapateiras, pôde-se observar uma maior prevalência de adoecimento por LER, em trabalhadoras ligadas a empresas calçadistas de grande porte<sup>46</sup>, sujeitas aos métodos de produção acima descritos: grupos de trabalho, alta

---

<sup>46</sup> É importante destacar que ao se falar dessa constatação, a mesma é feita a partir da escolha aleatória das pesquisadas, com base nas emissões das CATs de posse do Sindicato dos Trabalhadores das Indústrias de

produtividade, pressão por metas, prêmios por desempenho e outros, ou seja, empresas que efetivamente realizaram mudanças estruturais nos seus métodos de organização e gestão do trabalho.

A terceira conclusão refere-se ao reconhecimento ou não das LER como doença relativa ao trabalho e, mais especificamente, ao trabalho que se intensifica com a reestruturação produtiva. Ficou claro que o caminho percorrido pelas trabalhadoras adoecidas por LER no setor calçadista, mesmo com os diferentes direitos coletivamente conquistados (como as NR - Normas Regulamentadoras), é permeado por uma série de dificuldades para “legitimar” sua situação de adoecimento. Cabe mencionar que esta experiência não difere da história vivida por trabalhadores portadores de LER em outras categorias. Observa-se, portanto, uma concepção do processo saúde/doença alicerçada no modelo biológico, presente na prática adotada pela Medicina do Trabalho e pelos órgãos de Perícia Médica, que contribui para a invisibilidade das patologias. Assim, o diagnóstico, por via de regra não admite que tal lesão seja associada à atividade profissional e, com grande frequência, nega o nexo com o trabalho. Não havendo esta caracterização ou vinculação com o trabalho ficam as empresas facilmente desobrigadas de responsabilizar-se pelos danos que causam à saúde dos trabalhadores, demitindo-os, quase sempre, quando começam a apresentar sinais de doença. A doença, assim, é concebida como propriedade do indivíduo, cabendo a este a sua comprovação ou legitimação, a busca de tratamento e de estratégias para obter o reconhecimento da sua situação de adoecimento.

A questão da descaracterização das LER não se restringe a este aspecto. Um outro problema que se evidenciou é o fato de as trabalhadoras terem associado seu adoecimento

---

Calçados de Igrejinha. Ou seja, toda as CATs escolhidas, mesmo que aleatoriamente remetiam a empresas de grande porte.

a aspectos de ordem pessoal, ou seja, a um tipo de subjetividade predisposta ao adoecimento, como sendo portadores de uma fragilidade psíquica e/ou orgânica. Dessa forma, a lesão é reduzida a uma “conversão histérica” ou “neurose histérica” - teorias de cunho psicanalítico que explicam a LER como expressão no corpo de afetos recalçados, ou de impotência frente a situações traumáticas não resolvidas - apontando, os fatores subjetivos como os verdadeiros determinantes da doença.

Como quarta conclusão, destaca-se a questão da culpabilização dos trabalhadores pelo adoecimento profissional. Percebe-se através das entrevistas, que as trabalhadoras adoecidas por LER, buscavam explicações para seu adoecimento, no seu jeito de ser e trabalhar. Dessa forma as mesmas acabavam por individualizar a questão do adoecimento, descaracterizando o nexos com o processo de trabalho. Esta “consciência culposa”, segundo Merlo (1999), foi construída historicamente através de campanhas de prevenção de acidentes de trabalho, atribuindo ao indivíduo o compromisso com a prevenção; pelos meios de comunicação, e pela lógica construída pela Medicina do Trabalho, centrando no indivíduo a culpa, não conseguindo vislumbrar o processo coletivo que envolve a análise da organização do trabalho.

Outro aspecto, embora pareça contraditório, que se evidenciou, são as estratégias de defesa utilizadas pelas trabalhadoras associadas à ‘negação da doença’, isto é, controlar a doença para trabalhar, somente reconhecendo o seu adoecimento quando este atinge tal gravidade que impossibilita as mesmas de exercerem sua atividade profissional. Estas estratégias acabam sendo mecanismos utilizados pelas trabalhadoras para manterem o emprego, ou até para não se submeterem à “via crucis” do INSS, ou a ter perdas financeiras em seus rendimentos, mesmo que seja às custas de um adoecimento progressivo.

Este aspecto aponta na direção dos estudos de Dejours (1992), sobre as estratégias defensivas criada no cotidiano de trabalho, como forma de fugir, de certa forma, às pressões e criar possibilidades de alterações no trabalho prescrito. O trabalhador, ao modificar o trabalho prescrito e ao ampliar o espaço de liberdade, busca formas de enfrentar as situações de sujeição no trabalho.

Embora a questão de gênero - possibilidade de uma quinta conclusão - não fosse um dos aspectos propostos por esta dissertação, observou-se na nossa investigação que as LER atingiram trabalhadores relativamente jovens, em plena fase produtiva, a grande maioria, mulheres, situação esta também verificada em outras pesquisas relacionadas com a LER. As hipóteses para explicar essa diferença de prevalência, habitualmente se assentam nas diferenças orgânicas: morfo-fisiológicas, hormonais, imunológicas ou psíquicas (RIBEIRO, 2002). Há nessas teorias explicativas alguns elementos comuns. Além de privilegiarem os atributos individuais, elas resvalam para o conceito vago de uma predisposição ligada ao sexo. Portanto, haveria uma patogenicidade inata do ser feminino a ter LER (RIBEIRO, 2002). É possível perceber como essas teorias servem, intencionalmente ou não, para alimentar preconceitos e discriminações e culpabilizar o adoecido pelo próprio adoecimento. Vale destacar que, nos depoimentos das adoecidas, foram expressas situações que demonstravam o caráter discriminatório em relação à lesão das mesmas, atribuindo o adoecer à questão de suscetibilidade individual ou de sexo, ou seja 'coisa de mulher'.

Cabe igualmente evidenciar a problemática vivida pelas mulheres no âmbito familiar. A situação de adoecimento das trabalhadoras sapateiras, nem sempre é assimilada pela família. Isso está associado ao fato de que a doença não é "visível", portanto, geradora de desconfiança, mas também pelo fato das mulheres não mais desempenharem, a partir

dos limites que a doença acarreta, o quadro de referência - mãe, esposa, dona-de-casa, trabalhadora - construído socialmente. Quadro este que acaba por reforçar o sentimento de mágoa, tristeza e culpa as trabalhadoras por não responderem à expectativa gerada pela família, pela limitação financeira, além da perda do espaço público, possibilitado pelo trabalho e das relações sociais estabelecidas fora do âmbito doméstico.

Como última conclusão destaca-se também o fato de, embora, o sofrimento físico e psíquico, provocado pelo adoecimento, ser uma questão expressa constantemente, é significativo o medo das trabalhadoras pela “morte social, de não poder fazer o que fazia(m) antes” (RIBEIRO, 2002). É um medo marcado pela desesperança (expectativa negativa referente a si mesma e ao próprio futuro) e à falta de perspectiva de novas inserções produtivas em caso de demissão. Estes aspectos ganham destaque quando associados ao valor moral do trabalho, ao seu papel fundamental na inserção social, na constituição da identidade, e condição para a obtenção e garantia de direitos sociais.

Após considerarem-se todos os elementos por nós analisados, tanto os de ordem qualitativa, como os de natureza quantitativa. Vimos que a reestruturação causou mudanças significativas nas formas de produzir e nas formas de trabalhar, acabando por interferir na saúde das trabalhadoras. Sabemos que não é possível quantificar a parcela de cada fator do processo de reestruturação do trabalho, nem mesmo cabe analisar cada fator isoladamente, e sim buscar o entendimento a partir do conjunto dos fatores enfrentados no processo de produção que agem sinergeticamente na potencialização do processo de adoecimento, aliado, à capacidade dos trabalhadores de encontrar alternativas frente às pressões advindas do trabalho.

Expressas as conclusões em torno do tema pesquisado, vale ressaltar que outros aspectos poderiam ser estudados em relação à temática aqui concluída. Entre eles, por exemplo, está a possibilidade de uma investigação junto aos trabalhadores que não adoecem, observando as estratégias defensivas elaboradas pelos coletivos de trabalhadores frente a uma organização do trabalho que preexiste a eles e que, teoricamente, deveria ser patogênica para todos, bem como realizar a pesquisa por grupos homogêneos, para verificar quais são os setores da produção de calçados com maior prevalência de LER.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABICALÇADOS: Associação Brasileira das Indústrias de Calçados. Disponível em: <http://www.abicalcados.com.br>. Acessado em: 14.02.2005

ABRAMIDES, M. B. C.; CABRAL, M. S. R. **Regime de Acumulação Flexível e Saúde do Trabalhador**. São Paulo: Perspectiva, v.17. n. 1., 2003.

AMAZARRAY, M. R. **Trabalho e Adoecimento no Serviço Público: LER/DOR e articulações com o modo de gestão tecnoburocrático**. Porto Alegre: UFRGS, 2000. (Dissertação de Mestrado) Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul –UFRGS-, 2002.

ANTUNES, R. **Os sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 4. ed. São Paulo: Boitempo, 1999.

\_\_\_\_\_. **Para Onde Vai o Mundo do Trabalho?** Seminário Temático: Trabalho, Sindicato e os Desafios do Desenvolvimento, 17.11.2004. Disponível em: <http://www.interface.org.br> Acessado em: 15.03.05

ANTUNES, E. D. D.; PICCININI, V. C; SILVA, L .V. **Os novos e múltiplos papéis dos gestores de R H**: O caso de uma empresa calçadista do Rio Grande do Sul. Analisado à luz do modelo ULRICH. Faculdade de Administração. UFRGS. s/d. Disponível em: <http://www.dieese.com.br> Acessado em: 15.04.05

ARAÚJO, J. N. G.; LIMA, M. E. A.; LIMA, F. P. A. (orgs.). **LER**: dimensões ergonômicas, psicológicas e sociais. Belo Horizonte: Livraria e Editora Health, 1998.

ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 1005-1018, nov. 2003.

AZEVEDO P. F.; FRANCISCHINI A. S. N. Estratégias das Empresas do setor Calçadista diante do novo ambiente competitivo: análise de três casos. **Revista Gestão e Produção**: v. 10, n. 3, p. 251-265; dez. 2003

BAPTISTA R. C. Doenças e Outros Agravos à Saúde Produzidos pelo Trabalho. **Cadernos Interdisciplinares: Saúde Tecnologia e Questão Social**, v. 1, n. 1, 2004

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BAZAN, L. A. **Indústria de Calçados na Bahia**. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/finep>. Acessado em: 14.02.2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de Lesões por Esforço Repetitivo: distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://www.ministeriosaude.gov.br>. Acessado em: 14.02.2005

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Lesões por Esforço Repetitivo (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho**. Brasília: Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2001. Disponível em: <http://www.ministeriosaude.gov.br>. Acessado em: 14.02.2005.

CHIAVEGATO FILHO, L. G.; PEREIRA JR., A. LER/DORT: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 149-62, fev. 2004.

CHANLAT, J.F. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, E.; VASCONCELOS, J. (org.). **“Recursos” humanos e subjetividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996, p. 118-128.

COHN, A. & MARIGLIA, R. G. Processo e Organização do Trabalho. In ROCHA, L. E; RIGOTTO, R.M; BUSCHINELLI, J. T. P.(orgs.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1993, p. 56-75.

COTANDA F. **Sindicalismo e inovação tecno-organizacional: a experiência da Central Única dos Trabalhadores**. Porto Alegre: UFRGS, 2001. (Tese de Doutorado), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-graduação em Sociologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS-, 2002.

DEJOURS, Christophe. **A Loucura do Trabalho: Estudo da Psicopatologia do Trabalho**, 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

\_\_\_\_\_. **A banalização da Injustiça social**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

DIAS, E. C. Aspectos atuais do trabalhador no Brasil. In: ROCHA, L. E; RIGOTTO, R. M; BUSCHINELLI, J. T. P (orgs.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 138-156

DIEESE. O processo de terceirização no Brasil. **Seminários & Eventos**. São Paulo: n. 1, p. 34-35, 1994.

FILHO, V. W. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: Estrutura e tendências. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 1, p. 41-45, jan-mar, 1999.

GITAHY, L.; RUAS, R. L.; RABELO, F.; ANTUNES, E. D. Relações interfirmas, eficiência coletiva e emprego em dois clusters da indústria brasileira. **Revista Latino-americana de Estudos do Trabalho**, ano 4, n.6, p. 38-78, 1998.

HOEFEL, M.G.L. **Saúde-Enfermidade**: síndrome do sobrevivente (estudo de caso no setor financeiro). Porto Alegre: UFRGS, 2000. (Tese: de Doutorado em Sociologia), Programa de Pós-Graduação, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

JACQUES, M. G. Doença dos Nervos: uma expressão da relação entre saúde/doença mental. In JACQUES, M. G., CODO, W. **Saúde Mental e trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 98-111.

KELLY, A. S. **Análise do processo comunicativo mediado por impressos**: o ponto de vista dos atores dos programas de Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro, 2003. Disponível: <http://www.interface.org.br> Acessado em: 15.03.05

KOVÁCS, Ilona. **Reestruturação Empresarial e Emprego**. 2003. p. 1-19. [mimeo.]

LAURELL, A. C; NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde**: Trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEITE, M.P.. **Trabalho e Sociedade em Transformação**: mudanças produtivas e atores sociais. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

\_\_\_\_\_. **O Futuro do Trabalho**: Novas Tecnologias e Subjetividade Operária. São Paulo: Página Aberta, 1994.

LIMA, M. E. A. **Saúde mental e LER**: A dimensão psicológica das LER. Belo Horizonte, 2000. Disponível em: <http://www.interface.org.br>. Acessado em: 15.03.05

\_\_\_\_\_. A dimensão psicológica. In: ARAULO, J. N. G; LIMA, F. P. A. (Orgs). **LER dimensões ergonômicas, psicológicas e sociais**. Belo Horizonte: Health, 1998.

MCLAREN, P.; FARAHMANDPUK, R. **Pedagogia Revolucionária na Globalização**. Rio de Janeiro: DPXA, 2002.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. **Revista de Saúde Pública**. v. 25, n. 5, p. 341-9, 1991

MERLO, A. R. C. Psicodinâmica do Trabalho. In. JACQUES, M. G; CODO, W. (orgs). **Saúde Mental & Trabalho**: leituras. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002

\_\_\_\_\_. **A informática no Brasil**: prazer e sofrimento no trabalho. Porto Alegre: Editora da Universidade/ UFRGS, 1999.

MINAYO-GOMES, C.; VERTHEIN, M. A. R. As Armadilhas: bases discursivas da neuro psiquiatrização das LER. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 85-93, jan. 2001.

\_\_\_\_\_. A Construção do Sujeito Doente em LER. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, v. 7, n. 2, p. 327-45. jul-out., 2000.

NARDI, H. C. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, A. D. (org.). **Dicionário crítico sobre o trabalho e tecnologia**. 3. ed. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2000.

\_\_\_\_\_. **Saúde, Trabalho e Discurso Médico**: a relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho. São Leopoldo: UNISINOS, 1999.

NAVARRO, V. L. **Reestruturação Produtiva e Precarização do Trabalho na Indústria de Calçados no Brasil**. Disponível em: <http://www.fenop.com.br>. Acessado em: 14.02.2005

NAVARRO, V. L. O Trabalho e a Saúde do Trabalhador na Indústria de Calçado. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 2, p. 32-41, fev., 2003.

OLIVEIRA, S. A qualidade da qualidade; uma perspectiva em saúde do trabalhador. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 13, n. 4, p. 625-634; out-dez., 1997.

O'NEILL, M. I.; MORÁS, M. C. A Invisibilidade das LER/DORT. **Folha de São Paulo**: 28 fev. 2001.

PICCININI, V. C. Mudanças na Indústria Calçadista Brasileira: Novas Tecnologias e Globalização do Mercado. **Série Documentos de Estudos**. Porto Alegre. PPGA-UFRGS, abr. 1995. p.22

\_\_\_\_\_. Competitividade no Calçado Brasileiro no Mercado Francês. **Revista Brasileira de Administração Contemporânea**. 19 ENANPAD, São Paulo, v. 01, n. 1, p. 181-191, set., 1995.

RIBEIRO, H. P. **Estado do Conhecimento das Lesões por Esforço Repetitivo/L.E.R.** Atualização e Perspectivas. Campinas, 2000.

\_\_\_\_\_. **A Violência Oculta do Trabalho**: As lesões por esforço repetitivo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

\_\_\_\_\_. **L.E.R.:** conhecimento, prática e movimentos sociais. São Paulo: FSP - USP, SSE-SP, 1997a.

\_\_\_\_\_. Lesões por Esforço Repetitivo: uma doença emblemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 2, p. 85-93, 1997b.

RIBEIRO, R. Reestruturação da Indústria Calçadista e seus Impactos sobre o Trabalho: **estudos de casos a partir do pólo gaúcho**. Rio de Janeiro: UFRJ/IE. (Tese Doutorado). 2000

RIBEIRO, R. **A negociação do ajuste produtivo e das medidas de flexibilização da legislação trabalhista nas indústrias calçadista, siderúrgica e têxtil**. In XXVI, Encontro

Anual da ANPOCS, 2000. Disponível em: <http://sindicalismo.pessoal.bridge.com.br>. Acessado em: 15.02.2005

RUAS, R. Novos Princípios Gerenciais e a Reorganização e Gestão do Trabalho. **Cadernos Tecnológicos**, Brasília, n. 22, 1995.

SANTANA, M. A. As Centrais Sindicais Brasileiras e a Reestruturação Produtiva: análises e propostas. **Sociologias: Trabalho**, Porto Alegre, PPGS/UFRGS, ano 2, n.4, jul-dez., 2000.

SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 18, n. 5, Rio de Janeiro, set-out., 2002

SCHMITZ, H. “Sistemas locais de produção e desafios globais: a indústria calçadista no Vale do Sinos, no Rio Grande do Sul”. In: CASTILHOS, Clarisse Chiappini (coord.). **Programa de apoio aos sistemas locais de produção: a construção de uma política pública no RS**. Porto Alegre: FEE/SEDAI, 2002.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH, S. **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis, Vozes, 1994. p. 117-145.

## **ANEXO**

## **ROTEIRO DA ENTREVISTA**

### **Dados Iniciais:**

Nome:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Tempo na profissão:

Local de trabalho (tempo):

Histórico Profissional:

### **Reorganização no Trabalho:**

1. Qual sua função na empresa:
2. Foram implantadas inovações tecnológicas, quais (tempo)?
3. Foram implantadas novas formas de organização em seu trabalho, quais (tempo)?
4. No trabalho que você desenvolve, passou-se a exigir uma multiplicidade de trabalho (mais de uma atividade)?
5. Hoje você produz quantidades maiores que no passado (com as mudanças organizacionais)?
6. Existe exigência por maior produtividade com a introdução das novas formas de organização?
7. O número de horas extras hoje é maior que antes das novas formas de organização?
8. Você considera que consegue se adaptar ao ritmo, velocidade etc, exigidos?
9. Com relação à responsabilidade, o seu trabalho exige mais se comparado ao período anterior ao processo de mudanças na produção?
10. Existem e quais os métodos de avaliação dos funcionários?
11. Em seu setor esta ocorrendo uma diminuição de número de postos de trabalho?
12. Isso preocupa você? Por quê?

**Relações no Trabalho**

13. Existe competição entre os colegas, é maior que antes da reorganização?
14. Quanto a atitudes de individualismo (cada um por si) por parte dos colegas?
15. Com relação as regras de trabalho colocadas pela chefia, é possível haver discussão, sugestões?
16. Qual o significado do trabalho na sua vida?

**Adoecimento no Trabalho**

17. O que é ter saúde ou ser saudável?
18. Existe uma relação entre sua doença e o seu trabalho? Por quê?
19. Você já se afastou do trabalho devido ao adoecimento? Quantas vezes?
20. O que se fala na empresa a respeito de quem adoece?
21. A empresa compreende seu adoecimento?
22. O que a empresa faz para diminuir os casos de adoecimento?
23. Quais as expectativas quanto ao futuro profissional?