

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702000000300005>

A construção do "sujeito-doente" em LER

The construction of the "sick-subject" in RSI

VERTHEIN, M. A. R. e MINAYO-GOMEZ, C.

marilenevertheinn@yahoo.com.br

Na atualidade assiste-se a uma grande polêmica em relação ao nexo entre a doença e o trabalho. A das lesões por esforços repetitivos (LER), que, em 1997, passam, com a nova Norma de Avaliação de Incapacidade do Instituto Nacional de Seguridade Social, a se denominar distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Entre os novos signos que esse processo de adoecimento traz, destaca-se o afunilamento marcado pelos DORT, ao privilegiar o aspecto subjetivo na análise da doença. Esse posicionamento do INSS tem como pressuposto a noção de um sujeito predisposto a adoecer e de uma saúde como capacidade para o trabalho. Neste artigo, analisa-se o contexto histórico que caracteriza saúde/trabalho e corpo/doença, questiona-se a construção de um sujeito-doente e a maneira como esse tal modo de subjetivação desenha uma armadilha para aprisionar esse sujeito. Finalmente, apresenta-se o esforço do INSS-RJ para obter um perfil que caracterize a doença relacionada ao trabalho, combatendo e reduzindo os casos de LER e os custos com o pagamento de indenização aos trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVE: LER, DORT, subjetividade, saúde do trabalhador, perícia médica.

'The construction of the sick-subject in RSI.

There is a running debate over the relationship between work and disease, namely the disease known as repetitive strain injury (RSI), or else work-related osteomuscular disturbances (in Portuguese DORT), as it was renamed in 1997 by the Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) in accordance with the Disability Assessment Norms. Standing out among the signs brought about by this new infirmity process is its restricted focus on the subjective aspects in the analysis of the disease. Underlying the INSS stance is the view of a sickness-prone subject and the notion of health as capacity for work. This paper analyzes the historical context which characterizes these health/work and body/disease notions. It also discusses the construction of the 'sick-subject' and the way in which such a subjectivizing process entraps the subject itself. Finally, we show the way in which the INSS in Rio de Janeiro has managed to strip this disease of its work-related characteristics, fighting and reducing the occurrences of RSI as well as the costs with worker compensation claims.

KEYWORDS: RSI, DORT (in Portuguese), subjectivity, workers' health, medical assessment.

Introdução

Assistimos, na atualidade, a uma grande polêmica em relação ao nexos das lesões por esforços repetitivos (LER) com o trabalho. Múltiplos discursos, de acordo ou desacordo, aparecem neste cenário, delineando o novo território da doença relacionada ao trabalho, que seria explicitado pela descaracterização do nexos das LER com o trabalho e pela produção de um entendimento particular do sujeito-doente, ou lesionado.

A mudança de denominação da doença para distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), proposta em 1997 pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), na revisão da Norma Técnica de Avaliação para a Incapacidade de 1993, introduziu novos elementos na análise da perícia médica do INSS acerca do processo de adoecimento. Nas LER, o que se privilegiava era o esforço repetitivo, isto é, a força e a repetição requerida pela musculatura dos membros superiores, em determinadas condições de trabalho, apontadas como núcleo de referência para o esforço e o conseqüente adoecimento. Nos DORT podemos observar dois referenciais distintos: uma atenção aos dados biomecânicos e psicossociais de reconhecida importância no entendimento desta doença; e a análise do distúrbio, o que abre a possibilidade de compreensão da doença atribuída a um caráter constitucional, subjetivo e pessoal.

Assim sendo, vai aparecer na avaliação dos DORT, feita no INSS-RJ, um privilégio na utilização de subsídios de caráter neurológico e psiquiátrico que fundamentam suas interpretações na noção da dor inespecífica e crônica, de corpos predispostos à degenerescência. Enfatiza-se, dessa forma, o entendimento dos DORT como doenças adquiridas por uma predisposição do sujeito a adoecer. Essa prática passa a apontar um outro caminho na análise diagnóstica, em detrimento das perspectivas de estudos epidemiológicos e ergonômicos que vêm sendo realizados na tentativa de uma melhor compreensão desse processo de adoecimento no trabalho.

Este artigo quer sinalizar que tal prática, além de servir à descaracterização do nexos — atendendo a uma demanda de redução dos custos com doenças do trabalho —, vai servir, também, para a construção de um tipo de sujeito-doente que, mesmo reconhecido como portador de vários diagnósticos, não tem seu processo de adoecimento associado ao seu histórico profissional.

Ressaltamos, assim, a constatação de que há reducionismo durante a perícia do INSS-RJ, na análise dos casos de DORT, ao privilegiar os aspectos constitucionais e de susceptibilidade pessoal na análise dos casos de DORT. Nossas investigações neste campo complexo e polêmico das LER colocam em questão este percurso do INSS-RJ que, no nosso ponto de vista, marca, no sujeito que adocece no trabalho, a morbidez subjetiva, reapresentando, num enfoque moderno para a "doença nervosa", o antigo tema sustentado pela psiquiatria referente à existência de um sujeito predisposto ao adoecimento, por natureza e/ou constituição.

Essa prática expõe as delimitações sociais entre o normal e o patológico, que são parâmetros binários, entre outros, de saúde/doença, produtividade/improdutividade, capacidade/incapacidade, construídos pelos códigos de referência da produção capitalista. Tais procedimentos ditos "diagnósticos de avaliação de incapacidade", que observamos na análise da perícia médica, quando os trabalhadores adoecem, revigoram — na contra-mão dos avanços teóricos da Saúde Pública e, especificamente, da saúde do trabalhador — conceitos já debatidos e revisados no sentido de impingir aos trabalhadores o dever, a culpa e a responsabilidade frente ao processo de adoecimento.

Para introduzirmos esta discussão, percorreremos um caminho na história das LER como doença do trabalho, apontaremos a vinculação histórica entre doença e inutilidade e alguns movimentos indicativos de separação entre a doença e o trabalho no encaminhamento das LER no INSS.

Inicialmente um parêntese. Nota-se que, a despeito da nova norma, uma sigla de transição LER-DORT tem aparecido com frequência, tanto nos processos internos ao INSS quanto em simpósios, jornadas, seminários etc. sobre o tema, mostrando a resistência e a prevalência da denominação LER. Daremos prioridade ao termo LER, para nos inserirmos no resgate da sua história.

As LER como doenças do trabalho

Os movimentos repetitivos, ritmados e intensos dos membros superiores no trabalho e as várias pressões geradas pela organização do trabalho em fases avançadas da industrialização têm caracterizado um repertório de adoecimentos cuja amplitude e abrangência podem ser observadas pelas várias denominações que aparecem em diferentes países. As principais são: *occupational cervicobrachial disorder*, em 1958, no Japão, utilizada para descrever fadiga neuromuscular nos músculos dos braços e das mãos em perfuradores de cartão, operadores de caixa registradora e datilógrafos; *repetitive strain injuries*, em 1970, na Inglaterra e Austrália, para a indicação de doenças musculotendinosas dos membros superiores, ombros e pescoço, nas atividades de digitação, linhas de montagem e

embalagens; *cumulative trauma disorders*, em 1986, nos Estados Unidos da América, correspondendo às lesões dos tecidos moles: nervos, tendões, bainhas tendinosas e músculos do corpo, principalmente dos membros superiores, causadas por atividades repetitivas.

No Brasil, essa doença é apresentada, em 1984, pela Associação de Processamento de Dados do Rio Grande do Sul, no V Congresso Nacional de Profissionais de Processamento de Dados, ocorrido em Belo Horizonte, dada a alta incidência de tenossinovite entre digitadores. No mesmo evento, o termo lesões por esforços repetitivos foi referendado pelo médico Mendes Ribeiro como denominação da doença em todo território nacional. As LER serão, então, caracterizadas pelas lesões associadas às atividades de movimentos repetitivos e à sobrecarga muscular estática em profissionais de processamento de dados, usuários de terminal de vídeo, operadores de linha de montagem e trabalhadores de empresas de telecomunicação, entre outros.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) concluiu, em 1987, que o desconforto osteomuscular — *repetitive strain injuries* (RSI) —, que acomete os trabalhadores em vários países, está associado às atividades desenvolvidas em terminais de vídeo. A vinculação imediata das LER com essas atividades, no Brasil, reduz, na lei, a nosologia e a etiologia das mesmas, levando a reconhecer como doença profissional apenas a tenossinovite, uma das formas clínicas das LER, e somente em digitadores, através da portaria 4062, do Ministério da Previdência Social de 6.8.1987, publicada no *Diário Oficial* de 7.8.1987.

Muitas mudanças comprovam os ganhos e a relevância desse reconhecimento. Em 1990, o Ministério do Trabalho reedita a norma regulamentar nº 17, referente aos aspectos ergonômicos do uso específico de terminais de vídeo, isto é, suas implicações de postura e de esforço, definidas na portaria nº 3751, que regulamenta a cota de produção de oito mil toques/hora trabalhada, cinco horas por dia com pausa de dez minutos, a cada cinquenta minutos; proíbe o prêmio-produção; e estabelece normas quanto ao planejamento do posto de trabalho, das ferramentas e dos equipamentos, levando em conta os aspectos ergonômicos dos mesmos.

No final de 1991, ocorre um novo avanço, quando as LER, já consideradas como um conjunto de lesões que atinge os membros superiores — não somente a tenossinovite e não apenas em relação aos digitadores —, foram legisladas como doença do trabalho. O diagnóstico pressupõe a perda total ou parcial da capacidade de laborar, resultante da atividade profissional, de acordo com o decreto 375/91, parágrafo 2º, artigo 140, do *Diário Oficial* (Poder Executivo, 9.12.1991).

Como consequência, é elaborado, em 1991, a partir da Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade, no Ministério da Previdência Social, um documento sobre as LER, que, revisto em 1993, com a ampliação do campo de nosografia das LER, passa a incorporar as afecções que podem acometer tendões, sinovias, músculos, fâscias, ligamentos isolada ou associadamente, com ou sem degeneração de tecidos, atingindo principalmente, porém não somente, os membros superiores, região escapular e pescoço, de origem ocupacional, decorrente de forma combinada ou não de: uso repetitivo de grupos musculares; uso forçado de grupos musculares; e manutenção de postura inadequada.

Essa norma técnica informa, ainda, sobre as diversas formas clínicas das LER — tenossinovite e tendinite, epicondilite, síndrome do túnel do carpo, síndrome cervicobraquial — e menciona a sua evolução, a partir do desenvolvimento da dor e da capacidade funcional, por graus que variam entre os níveis I — sensação de peso e desconforto do membro afetado, com caráter ocasional —, e IV, em que a dor é forte e o sofrimento intenso, com manifestação de edema persistente e aparente deformidade.

Em 1997, ocorre uma nova revisão nessa norma, e mudanças mais radicais surgem com a entrada em cena da denominação DORT, abrindo espaço para interpretações psicologizantes dos diagnósticos. Na prática, os casos clínicos de DORT passam a ser homogeneizados na busca de um "perfil doente" para os (as) lesionados(as). Tal procedimento reduz a natureza da doença às características de personalidade do próprio sujeito. Este, por sua vez, é excluído do ambiente de trabalho, com o rótulo de incapacidade para desenvolver suas atividades.

Podemos notar alguns indicadores fundamentais na avaliação diagnóstica, discernindo entre o normal produtivo (saúde) e o anormal improdutivo (doença). Tal procedimento retoma relações entre trabalho, saúde e doença que reeditam e reforçam antigas trajetórias combatidas, mas ainda efetivas, remetendo-nos a uma pedagogia do corpo, traçada desde Tuke na Inglaterra e Pinel na França. Essa pedagogia propõe que o medo deve incutir culpa e responsabilidade, e o trabalho deve criar o hábito da regularidade, da atenção e da obrigação. Sugere também que o outro, com um olhar vigilante, deve produzir a autocontenção; que a infantilização deve gerar a necessidade de proteção; o julgamento da sanidade, gerar o discernimento da normalidade; e o médico, ser visto como a autoridade normativa do social.

O médico perito do INSS-RJ, utilizando-se da Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade, decide sobre as requisições de nexos das LER com o trabalho, obedecendo a domínios de valor e utilidade para fins pecuniários. Duas tendências decorrem dessa prática: a afirmação de uma ou várias formas clínicas das LER, com a negação do nexo da doença com o trabalho; e a

reconfiguração das diversas formas clínicas das LER em quadros de doenças degenerativas ou reumáticas, com a negação de que o processo de adoecimento tenha nexos com o trabalho.

Nota-se que o diagnóstico — mesmo sendo as LER reconhecidas no Brasil como doença do trabalho — confirma a existência da lesão, mas não admite que tal lesão seja associada ao trabalho, e, com grande frequência, nega o nexo com o trabalho. A discussão, no entanto, não se restringe a este aspecto. Como já assinalamos, discute-se, também, a produção de um tipo de subjetividade predisposta ao adoecimento que serve ao propósito específico de reduzir os custos da Previdência Social, a partir da descaracterização da doença que, atualmente, mobiliza recursos vultosos do INSS.

Nesse percurso, torna-se relevante incorporarmos à discussão os elementos da vinculação entre saúde/trabalho e corpo/doença e do reconhecimento médico e social da inutilidade do corpo-doente.

Vinculação entre saúde/trabalho e corpo/doença

Um marco na caracterização da vida, no século XIX, foi a vinculação entre saúde e capacidade para o trabalho. Segundo Herzlich (1986, p. 206), essa associação não correspondeu a um movimento natural, mas a um processo sócio-histórico que fez emergir no campo da medicina uma nova conceituação de saúde como o avesso da doença. A doença, segundo a autora, passou a ser "uma condição socialmente reconhecida e legítima de inatividade". Assim, a partir dessa data, criou-se a necessidade de restaurar o corpo-trabalho para atender ao processo produtivo.

Poderíamos então questionar: como foi possível desenhar na doença, partindo da saúde social, a face da inutilidade?

A possibilidade de o corpo ser inscrito no registro do inútil surge com a emergência do corpo como foco do mal, datada do século XVIII. Nessa época, há um deslocamento importante da espacialização e da verbalização na prática médica em relação ao que ficou caracterizado como saúde e doença, quando o corpo é assegurado como espaço para a leitura médica. Foucault (1986, p. xiii) irá mostrar que o olhar sobre o corpo, local do bem e do mal, é fundador do indivíduo. Assim, "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 irá compor dois movimentos: de um lado, o corpo como objeto de conhecimento e, de outro, uma linguagem que fala desse conhecimento sobre o ser, a partir de uma nosografia política aderente ao contexto social da época.

Vemos emergir no século XVIII o que será ratificado nos séculos seguintes: a associação entre saúde/trabalho e corpo/doença. O discurso científico tornará a pobreza útil, partindo dessas associações como critérios de diferenciação populacional: "bons e maus pobres, ociosos voluntários, desempregados involuntários, os que podem fazer determinados trabalhos e os que não podem" (Foucault, op. cit., p. 196) 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. É o esboço do projeto de uma tecnologia da população que será garantida pela prática médica. A doença, entendida no sentido de inatividade, tem, no corpo, o espaço analisável que leva à "volatilização da doença", à representação de "um meio corrigido, organizado e incessantemente vigiado" (Foucault, 1994, p. 35). Essa prática de política médica (Rosen, 1979), em que o médico aparece como agente de polícia, servindo de instrumento de controle dos excessos do corpo, foi refinada e institucionalizada: passa a administrar todas as atividades para o bem-estar, a intervir em educação, supervisionar hospitais, prevenir e controlar epidemias. O discurso sobre a saúde — assepsia, ordem, progresso, destino, acaso, bem e mal — mistura, nesse momento, ciência 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, caracterizando e catalogando os excessos, os desvios, os vícios e as perversões. Utilizando-se deste desse instrumental de polícia médica que, em 1830, o dr. Robert Baker funda o primeiro serviço médico de empresa, para cuidar da saúde do trabalhador e, ao mesmo tempo, exercer o controle direto da força de trabalho, mantendo, restaurando ou descartando o corpo.

Esse cuidado médico para detectar, diagnosticar e barrar o corpo-doente não acontece de forma pacífica. Vários movimentos operários foram empreendidos por uma melhor qualidade de vida, mostrando, desde aquela época, que a percepção do que seria a saúde e a doença, no meio do trabalho, não era assim tão hegemônica. Mas, não podemos deixar de observar que o tema central da vida e da morte, nesse enfoque racionalista que se detém no mito do corpo social e humano, asséptico, vai instituindo soluções excludentes e mercantis, no campo da saúde no trabalho: os adicionais de insalubridade e periculosidade que pagam pelo uso do corpo, em lugar de substituir ambientes 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 ou relacionada ao trabalho; a negação freqüente donexo 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.

São práticas que cristalizam o corpo do trabalhador em um determinado sentido, assim como, ao tomarem a vida e a morte como questão, afirmam o

médico como agente de intervenção nesse corpo-instrumento-de-trabalho, deixando entre parênteses as situações mais evidentes da violência do trabalho. Esse corpo como instrumento efetiva a dimensão do território do trabalhador ideal, ao construir o perfil de um ser específico para a produção, previsível, ordenado e submetido às leis da produtividade a qualquer preço.

A pesquisa do DIESAT (1989, p. 57) expõe sem rodeios o descarte do corpo-doente: "sabendo-se como é restrito o conceito de doença profissional e de trabalho no Brasil e como muitas vezes o estabelecimento do nexos causal com o trabalho é negado pelo INSS ... ficam as empresas facilmente desobrigadas de responsabilizar-se pelos danos que causam à saúde dos trabalhadores, demitindo-os sempre que começam a apresentar sinais de doença".

A pesquisa evidencia uma lógica de capitalização da saúde, para a qual não há trabalhadores doentes, mas sujeitos — tomados genericamente, no INSS, na classificação de segurados — que adoecem. Tal pensamento parece pressupor uma ação racional e científica, segundo a qual o trabalho não afeta o corpo e a saúde pressupõe ausência de doença e capacidade para o trabalho.

Falamos de uma racionalidade médica que no agir sobre a saúde, ao privilegiar características subjetivas no processo de adoecimento, imputa ao sujeito a responsabilidade do adoecer. Conforme indica Luz (1996, p. 25), em sua pesquisa sobre a prática médica, no Rio de Janeiro, evidencia-se uma "concepção etiopatogênica culpabilizante", à medida que "há um tom geral de recriminação moral com relação ao doente, que seria vítima de seus próprios excessos. A doença seria decorrência de descuidos que as pessoas teriam no cuidado de si mesmas. ... preocupações, perturbações, também levariam ao adoecimento, o que teria contrapartida no imaginário médico na nebulosa categoria do estresse".

Um processo de culpabilização, instituído pelo discurso do "descuido no cuidado de si", vai forjando a percepção de um trabalhador predisposto ao adoecimento. A produção da culpa é uma das "técnicas de si" (Foucault, 1994), que responde à exigência 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.

Pode-se deduzir que, se a doença for reconhecida como um mal, a sociedade autoriza a exclusão dos seus doentes. Sontag (1984, p. 20), estudando a doença como metáfora em sua representação social, afirma que "toda sociedade, ao que parece, precisa identificar uma determinada doença com o próprio mal, uma doença que torne culpadas suas vítimas". Semelhante à polícia da peste, a prática da medicina relacionada ao trabalho, ao perceber o corpo dominado pelo mal — muito próximo ao mito do castigo —, descarta-o.

E, posteriormente, complementando a lógica do útil/inútil na sociedade, o configura a um perfil doente, também o excluindo do social saudável. Ao delinear as relações entre saúde/trabalho e corpo/doente teremos, ainda, que questionar até que ponto esse modo de subjetivação desenha uma armadilha em forma de uma prescrição e aprisiona o sujeito na ficção da idéia de um trabalho sem corpo e de uma saúde sem doença. Para responder a tal questionamento, continuamos esta discussão apresentando e pontuando avanços e recuos de estudos sobre as LER, principalmente no que diz respeito ao lugar do sujeito portador no processo de adoecimento.

O dado subjetivo nas LER

É importante destacarmos, inicialmente, que a denominação inglesa — também utilizada na Itália — *work-related musculo-skeletal disorders of the upper limbs* (WMSDs), e a adotada nos Estados Unidos, *work-related upper-extremity disorders* (WRUEDs), marcam a abordagem ergonômica e epidemiológica dos fatores de risco, apresentando como fatores etiogênicos e patogênicos as tarefas repetitivas, o uso excessivo de força, as posturas inadequadas e a organização ininterrupta e excessiva de trabalho. Nessa linha de pesquisa situam-se, entre outros: Chatterjee (1992), Silverstein *et alii* (1993) e Colombini (1996). No Brasil, que traduziu a sigla como DORT, destacam-se os estudos da Universidade Estadual de Londrina, com Batista *et alii* (1997), no Departamento de Fisiologia; da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com Ribeiro *et alii* (1997); da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com Souza e Silva (1997), no Departamento de Medicina Preventiva.

Mas, como já explicitamos, caminho oposto tem trilhado o INSS na avaliação das LER. Como nos informa Ribeiro (1997, p. 203): as resistências ao reconhecimento da doença e do vínculo com o trabalho persistem. Médicos não estabelecem o nexos causal ... agentes e peritos médicos do INSS desmerecem os laudos dos médicos dos adoecidos, e os centros de reabilitação desse instituto protelam laudos e decisões, mesmo nos casos com incapacidade definitiva, em parte por desacreditar na doença e nos adoecidos, em parte por não saber o que fazer.

A [Tabela 1](#), referente aos laudos da perícia médica do INSS-RJ, relativa ao período de março de 1997 a dezembro de 1998, mostra claramente as diferenças entre os diagnósticos informados na Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), os laudos dos médicos conveniados pelas empresas e os laudos dos peritos. Os dados foram coletados diretamente dos prontuários de telefonistas e bancários que requisitavam o B-91, código do INSS que defere o nexos da doença adquirida pelo trabalhador com o trabalho que realiza. Em todos os 168 casos analisados, o B-91 foi negado e, na maioria das vezes, com a justificativa de "alterações degenerativas".

Os dados revelam que os diagnósticos da CAT apresentavam as denominações mais conhecidas e freqüentes do conjunto de lesões por esforços repetitivos: tenossinovite (39,80%), epicondilite (23,81%) e tendinite (25%). Os médicos conveniados pelas empresas, mantendo a política do não-comprometimento com casos de doença do trabalho, encaminhavam a maioria dos laudos sem diagnóstico (51,19%) e os peritos do INSS apresentavam diagnósticos, bastante específicos, inclusive utilizando classificações de doenças não registradas pela CAT ou pelo médico do convênio, dentre elas, a osteofitose (7,14%), a uncoartrose (11,31%), as alterações endógenas (9,52%) e, principalmente, a doença degenerativa (54,17%). É também expressiva a notação do INSS-RJ em cervicobraquialgia (32,14%), se comparada à CAT (9,52%) e ao convênio (4,17%). É relevante informarmos que os diagnósticos eram múltiplos e apresentavam várias doenças reumáticas, reduzindo o laudo final quase a um padrão para o indeferimento do nexo da doença com o trabalho: Alterações endógenas em consequência de alterações degenerativas sem relação com o trabalho. Não cabe B-91. Cervicobraquialgia difusa em consequência de doença degenerativa. Não cabe B-91. Tendinite. Alteração degenerativa da coluna cervical. Não cabe B-91.

A alta freqüência de diagnósticos de doenças degenerativas nos laudos redigidos pelo INSS-RJ e a constante indicação dos lesionados na faixa etária dos 35 a 45 anos, aliadas à negação radical do nexo das LER com o trabalho, alicerçam nossa problematização do aspecto "subjetivo", já que há um deslocamento dos referenciais de análise de esforço, repetitividade e tensão postural, para os elementos que os médicos peritos denominam de "dados subjetivos em LER". Especificamente, neste caso particular de análise, consideramos que o "dado subjetivo", ao ser introduzido nas análises da "avaliação de incapacidade" dos trabalhadores com DORT pelo INSS-RJ, toma o sentido de uma predisposição constitucional.

Várias pesquisas sobre as LER vêm reforçando a doença como um dado subjetivo, sustentando sua argumentação em diferentes categorias de análise: a doença como somatização de dores e sofrimento; a doença não caracterizada por apresentar uma sintomatologia difusa e crônica; e a doença reforçada pela culpa.

A doença como somatização

O dado subjetivo que sustenta o argumento da cronicidade das LER toma uma direção peculiar, ao configurar essa doença como uma forma de somatização. Nessa linha, fatores psicológicos que geram estresse ou fadiga crônica, efetivam dor e incapacidade, são vistos não como doença, mas como resposta emocional inadequada, principalmente dentro dos parâmetros da doença do trabalho.

No campo teórico da psicanálise, por exemplo, Lucire (1986), em oposição às teses da repetição dos movimentos, apresenta a tese das causas oriundas de fatores psicológicos. As LER seriam, segundo a autora, expressão de uma neurose histérica, e sua estruturação se explicaria pela insatisfação de necessidades e desejos não realizados. Assim, a dificuldade do trabalhador em expressar ações que levem à satisfação de necessidades no local de trabalho comporia o quadro nosológico.

Almeida (1995), baseada na análise de Lucire, vai fundamentar esta idéia de quadro histérico das LER a partir da noção de histeria de conversão. A dor expressa no corpo seria uma significação simbólica de afetos recalçados. Segundo a autora, as LER revelariam a impotência do indivíduo de simbolizar, adequadamente, ou de reavaliar ou elaborar a situação traumática. Daí a repetição do ato, que aparece como uma compulsão de algo não elaborado no inconsciente.

Dejours (1987), em seus estudos sobre trabalhos repetitivos no processo de adoecimento, sem tematizar as LER, caminha em outra direção. Expõe que as situações ansiogênicas geram condições de sofrimento e manifestações de somatização, quando o sujeito não é mais capaz de tratar mentalmente essas condições no trabalho. Desse modo, o rendimento, exigido através da cadência, do ritmo e das cotas de produção, levaria o trabalhador a desenvolver defesas egóicas inconscientes. A auto-aceleração aparece como uma estratégia incons-ciente decorrente da necessidade psíquica de bloquear o pensamento e a vida fantasmática a fim de atender à produção, quando o trabalhador não consegue se liberar do ritmo imposto pelo trabalho. Lima (1997) propõe o estudo das LER pela abordagem psicossomática, também, utilizando o viés psicanalítico. Argumenta que a repetitividade da tarefa está ligada a um comportamento compulsivo dentro e fora do trabalho que, ao reprimir os elementos presentes no psiquismo, acelera as cadências e descarrega toda a excitação na hiperatividade. Esse comportamento estaria presente nas formas de organização científica do trabalho.

Como pode ser observado, é tênue o caminho para chegar a explicações sem nenhuma relação histórica e social no processo de adoecimento das LER, inclusive com uma radical psicanalização da doença, como é o caso de Lucire (op. cit.). O próprio Dejours (1994; 1993), em trabalhos mais recentes, critica sua abordagem psicossomática no caso das doenças relacionadas ao trabalho.

Nessa mudança de enfoque quanto às relações de saúde e trabalho, Dejours (1993, p. 99) apresenta a idéia de um trabalho como fator de equilíbrio, ressaltando que, embora freqüente o uso de análises das condições de trabalho pelo desgaste e pelo envelhecimento precoce, não se deve perder de vista que o trabalho "é, também, um fator essencial de nosso equilíbrio e de

nosso desenvolvimento, talvez não importe qual trabalho, talvez não importe em que condições".

Nas análises das LER, a construção do discurso de verdade em relação à somatização será reforçado, no final da década de 1990, principalmente pelo INSS-RJ, na qualidade de instituição seguradora da saúde no trabalho. Servirá de arma estratégica diante do aumento de casos de doença que acometem os trabalhadores e dos conseqüentes custos pecuniários. Entrará na discussão o aspecto difuso e inespecífico da doença.

Da somatização à cronicidade da doença

As LER passam da somatização à cronicidade quando são marcadas como doenças inespecíficas. Nessa linha, muitos autores mencionam as LER como síndromes de dores difusas, gerando polêmicas quanto ao pagamento de indenização aos trabalhadores, e aguçando, ainda mais, as discussões sobre os locais de trabalho e a saúde do trabalhador.

Shorter (1997) apresenta as LER como dor crônica somatizada e não como doença. Afirma que os médicos se defrontam com uma avalanche de dificuldades no tratamento de doenças crônicas por duas razões: a cultura progressivamente encoraja pacientes a conceberem vagos e inespecíficos sintomas como evidência de doença real e a procurarem especialistas para socorrê-los; o predomínio ascendente da mídia e a desestruturação familiar encorajam os pacientes a adotar a crença de que eles têm uma determinada enfermidade. Essa tendência, segundo o autor, levaria freqüentemente ao aparecimento da lesão por esforço repetitivo ou da síndrome de fadiga crônica. Quintner (1989) indica que a sigla RSI (*repetitive strain injury*) é usada como referência para síndromes de dores difusas nos ombros e braços que parecem estar diretamente relacionadas com fatores ocupacionais, por exemplo, doenças ocupacionais cervicobraquiais. O autor examina a evidência clínica que sugere o envolvimento do tecido neural na patogenia dessas condições e, também, especula a possibilidade subliminar de mecanismos fisiopatológicos que podem expandir seu desenvolvimento e persistência. O mesmo autor, em artigo mais recente (1995), narra que, na Austrália, debateu-se, em 1980, a epidemia crônica da síndrome conhecida como RSI, e muitos médicos indicavam a possibilidade de ela ter origem psíquica. Tal suposição teve profundo efeito nas relações entre médicos e pacientes com RSI, além de refletir e reforçar estereótipo prevalente, na sociedade australiana, não só em relação ao comportamento das mulheres no trabalho, mas também quanto às indenizações recebidas pelos trabalhadores.

Armstrong (1984, p. 199) afirma que "numerosos estudos durante os últimos cem anos mostram que as tendinites são a maior causa de sofrimento do trabalhador cuja atividade é manual, bem como de indenização trabalhista". Tal

afirmação traz à cena uma ambigüidade na construção de um discurso que, pela volatilização da doença, serve à diminuição dos custos no pagamento de benefícios. Principalmente, quando se considera a conseqüente negação de um corpo-doente que cresce consubstancialmente no mundo do trabalho, mesmo nas regiões onde as relações de trabalho são mais desenvolvidas e ergonomicamente mais estruturadas.

O crescimento de casos de LER é corroborado pelas pesquisas, mesmo onde os resultados mostram imprecisão diagnóstica, considerando-se o aspecto da sintomatologia e as características da população estudada: dores em braços, mãos, ombro, pulsos, pescoço. Assim, o dado inespecífico não situa a natureza da doença, mas também, necessariamente, não a descarta. O estudo de Sikorski (1989) apresenta esse impasse quando, para determinar o padrão de síndrome músculo-esquelética, analisa 204 sujeitos com relatos de doença ocupacional em braços e pescoço. Conclui que, em 58% das pessoas, a disfunção músculo-esquelética existia, mas que, para 42%, o tal diagnóstico não acontecia e a natureza da doença, nesses casos, era discutível. Outros autores situam ambigüidades nos critérios diagnósticos de padrões objetivos e subjetivos. Hall (1988) cita uma análise recente, na Austrália, em que originalmente se atribuía as LER ao uso exagerado dos membros superiores. Céticos comentadores aventaram a possibilidade de se tratar de uma forma epidêmica de histeria, e as LER passaram a configurar uma nova combinação de fatores subjetivos, derivando daí a mudança da percepção dos sintomas que acometem as doenças dos membros superiores. Foram realçados os efeitos de iatrogenia do termo LER e as complicações dos processos médico-legais para reconhecimento do nexos.

McDermott (1986) ressalta, em seu estudo, a condição controvertida das RSI. Para o autor, a introdução de nova tecnologia, sem a devida adaptação ao desempenho humano, pode levar a desordens funcionais no organismo. A mecanização e a automação, aparentemente, têm suavizado os trabalhos pesados, mas também produzem risco ao concentrarem, em determinadas atividades, um esforço localizado. O autor argumenta, no entanto, que esses aspectos podem contribuir para o adoecimento, mas não são suficientes para a investigação diagnóstica. Faz referência à inadequação do termo RSI, ao desconhecimento da patologia e a sua semelhança sintomática com a fadiga crônica.

Reilly (1995) descreve a nova experiência na epidemia das dores dos membros superiores como similar à dos afetados na Austrália, em 1980. Essa dor é, freqüentemente, não específica e diferente das dos padrões das várias entidades reconhecidas. A síndrome pode ser psicossocial e análoga à síndrome da fadiga crônica.

No Brasil, o debate sobre as LER, no INSS-RJ, vem acontecendo de forma similar, uma vez que os questionamentos ocorridos na Austrália sobre RSI têm servido de parâmetro para a construção discursiva da "incapacidade de trabalhadores com DORT". Desse discurso podemos destacar: a crítica acerca do pagamento de indenização aos trabalhadores, em função do alto custo demandado por essa doença; a influência da iatrogenia do termo LER, no aumento de casos nas últimas décadas; o enquadramento dos casos da doença no âmbito das doenças reumáticas ou crônico-degenerativas.

A noção de sujeito, produzida nesse contexto discursivo, remete a um sujeito dado como predisposto ao adoecimento ou ao que ficou designado na história psi como um perfil, uma natureza, uma disposição determinada, no caso em questão, uma natureza mórbida de um sujeito-doente.

A doença reforçada pela culpa

As pesquisas no campo psicológico não descartam a influência da precariedade do trabalho no processo de adoecimento por LER. Articulam, assim, a produção da culpa a partir da própria história do trabalho e da luta dos trabalhadores. Nesse sentido, os estudos privilegiam a análise dos fatores psicossociais da doença, indicando a baixa estima como efeito da culpa por estarem incapazes para o trabalho.

Essas pesquisas permitiram a configuração do campo de possibilidade da análise do referencial psicossocial das LER. Muitas delas, inclusive, contribuíram de forma pioneira para um melhor entendimento dessas lesões. Ao apresentá-las, queremos marcar como a perícia médica do INSS-RJ, ao se apropriar do contexto do dado subjetivo nas LER, dissocia-o da história de trabalho e do trabalhador que adoece e, embora faça diagnósticos múltiplos aos dos portadores de LER, não as reconhece como doença do trabalho.

Sato (1993) discute achados psicossociais da LER. Trabalha, em Serviços Públicos de Saúde do Trabalhador em São Paulo, com um grupo de portadores da doença, com o objetivo de discutir a melhoria da qualidade de vida. Identifica o sofrimento associado à culpa e à revolta pela aquisição da doença, que gera sentimentos de baixa auto-estima pela incerteza quanto ao retorno ao trabalho e quanto à melhora e a cura.

Da mesma forma, o trabalho de Maciel (1986, p. 39), também privilegia a análise da culpa por estar doente, ao analisar grupos de portadores de LER entre os digitadores. Diz o autor: "o impacto que sobrevém ao contato com a LER faz com que os portadores se defrontem com sentimentos de culpa, de revolta, de incapacidade física e psicológica perante a vida, desvalorizando-se com um abalo intenso do autoconceito, o que traz como consequência uma

grande fragilidade interna (psicológica) quando o portador se percebe sem saída e sem apoio".

Na prática do INSS-RJ, os elementos de baixa estima e culpa são associados aos DORT não como efeitos do processo de adoecimento, mas como alicerces de uma natureza frágil e desajustada, predisposta à enfermidade. Retirando do contexto de avaliação as forças de constrangimento social, político, econômico e cultural que, investidas no corpo, o fazem adoecer, elaborando o "perfil da morbidade", os peritos naturalizam na predisposição anatômica, fisiológica e psíquica a morbidez do corpo nas LER.

A produção de um perfil-doente para o trabalho

O esquema de racionalização do trabalho não foi uma novidade como técnica de adestramento do corpo, mas foi, no momento da sua emergência, eficaz na vinculação entre trabalho, moral, virtude e saúde. Nesse entendimento, não é apenas o fazer que se focaliza, mas a criação de um modo de subjetivação do ato de fazer, ou seja, a composição de uma subjetividade para o trabalho que, utilizando dispositivos disciplinares, diluídos na sociedade,

dissocia o poder do corpo, faz dele, por um lado uma aptidão, uma capacidade que ela procura aumentar e inverte, por outro lado, a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita. Se a exploração econômica separa a força e o produto do trabalho, digamos que a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada (Foucault, 1977, p. 127).

É nessa articulação entre trabalho e corpo-trabalho que a saúde se torna uma questão para o progresso e a evolução social. De um lado, tal idéia pressupõe técnicas coletivas de intervenção para higienizar e moralizar os trabalhadores; e, de outro, instiga reivindicações por melhores condições de trabalho, acesso aos cuidados médicos e indenizações em caso de doença ou acidente de trabalho. Lutas, perdas e vitórias descrevem essa história, em que algumas conquistas são expressivas: jornada de oito horas, férias e adicionais por horas extras de trabalho; leis relacionadas ao acidente de trabalho; leis sobre o trabalho de mulheres e crianças; leis sobre melhorias ergonômicas nos locais de trabalho; medidas de prevenção de acidentes.

Esses ganhos, sempre efetivados pela participação solidária dos trabalhadores, são as expressões coletivas do combate nas relações saúde e trabalho. Essa mesma luta, no entanto, torna-se frágil quando a doença do trabalho é instalada. Além da estratégia do silêncio, muitas vezes arma dos vencidos e dos vencedores, o que se observa é a demissão sumária.

Assim, plagiando o princípio taylorista "o homem certo no lugar certo", defrontamo-nos com a construção de "um certo sujeito-produtivo para o lugar certo da saúde", em que o sujeito-doente, preconcebido e legitimado como inútil ou incapaz, é afrontado pela impossibilidade do nexa da doença com o trabalho.

São construções de um perfil que sedimenta e cristaliza características, disposição e natureza de um corpo-doente. Comumente, essas são incorporadas pelo próprio trabalhador com LER como reflexo de um espelho, onde se reconhecem, também, em discursos legitimados na sociedade, como "perfeccionistas e exigentes, de grande eficiência em suas atividades, sentimentos de extrema lealdade, baixa estima e sentimentos exagerados de culpa" (Moreira e Carvalho, *apud* NTAT/INSS/1977). Se essa, no entanto, é uma descrição do perfil do sujeito predisposto para as LER — como diz o autor da pesquisa a respeito de seus pacientes com fibromialgia e como se apropria do tema o INSS —, podemos inquirir se não seria também o perfil dos sujeitos moldados para ocuparem o lugar certo do sistema de racionalização do trabalho de herança taylorista. Tal procedimento também pode ser observado quando o atual modelo japonês investe em uma subjetividade perfeccionista, inquietada, disciplinada e atenta. Modelo que, conforme Gorender (1997, p. 319), ressalta:

o *Kaizen* — norma de aperfeiçoamento ininterrupto, a qual fustiga o empregado com a inquietação da busca incessante. O objetivo de zero-defeitos, visando à qualidade ótima da produção, disciplina os trabalhadores na medida em que lhes impõe concentração mental estafante na tarefa a realizar. A tudo isso adiciona-se o *Andon* — dispositivo visual que orienta os trabalhadores de cada seção a respeito do ritmo de trabalho e permite à gerência acelerá-lo quando conveniente.

Os dados da perícia médica do INSS-RJ que analisamos apontam também um tipo de esquadramento do sujeito, no sentido de um código que poderíamos denominar "sujeito-doente" em LER ao fixar, no (pre)conceito de uma natureza humana, de forma generalizada entre os trabalhadores lesionados, a constituição mórbida de uma tipologia codificada como ansiosa, tensa, obsessiva, histérica, entre outros rótulos. Ou ainda de natureza simuladora, representando pessoas que fingem estar doente para não trabalhar. Dessa forma, estrategicamente, a análise do nexa acerca da doença do trabalho vincula noções psiquiátricas de degenerescência mental, orgânica e social, selando na natureza humana o seu próprio destino.

A polêmica das LER, põe em xeque o campo da doença do trabalho, e extrapola a própria discussão diagnóstica. Seu desdobramento cria passividade, ao expandir a ilusão de um trabalho asséptico, sem doenças e sem paixões, sem resistências do corpo, ao descon-textualizar no processo da

enfermidade o ritmo intenso das atividades, a precariedade do processo de trabalho diante das demandas de saúde do trabalhador e da irracionalidade da produtividade sem limites.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, Maria Cecília (1995) 'Características emocionais determinantes das LER'. *LER: diagnóstico, prevenção e tratamento — uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis, Vozes. [[Links](#)]

Armstrong, T. J. *et al.* (1984) 'Some histological changes in carpal tunnel contents and their biomechanical implications'. *Journal of Occupational Medicine*, 26: 3, pp. 197-201. [[Links](#)]

Assunção, Ada *et al.* (1994) 'Agora... até namorar fica difícil: uma história de lesões por esforços repetitivos'. *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis, Vozes, pp. 461-91. [[Links](#)]

Batista, E. B.; Borges, F.; Frigeri, E.; Fabris, G.; Dias, L. e Salmaso, C. (1997) 'Distúrbio músculo-ligamentar relacionado ao trabalho em digitadores do Centro de Processamento de Dados do Banestado Londrina-PR'. Londrina, Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Fisioterapia. [[Links](#)]

Borges, Luiz Henrique (1999) 'Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos em processos de trabalho repetitivos: estudo de caixas bancários'. Tese de doutoramento, Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro. (mimeo.) [[Links](#)]

Chatterjee, D. S. (Aug. 1992) 'Workplace upper limb disorders: a prospective study with intervention'. *Occupational Medicine*, 42 (3):129-36. [[Links](#)]

Cohn, Amélia *et al.* (Nov.-Dec. 1985) *Acidente de trabalho: uma forma de violência*. São Paulo, Brasiliense. [[Links](#)]

Colombini, D. (1996) 'Guidelines for redesigning jobs with repetitive tasks'. *Medicina Lavori*, 87 (6):728-49. [[Links](#)]

Dejours, Christophe *et alii* (1994) *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo, Atlas. [[Links](#)]

Dejours, Christophe (1993) 'Por um trabalho fator de equilíbrio'. *Revista de Administração de Empresas*, 33:3, pp. 98-104. [[Links](#)]

Dejours, Christophe (1987) *Loucura do trabalho*. São Paulo, Oboré. [[Links](#)]

Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) (1989) *Insalubridade. Morte lenta no trabalho*. São Paulo, Oboré. [[Links](#)]

Foucault, Michel (1994) *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária. [[Links](#)]

Foucault, Michel (1988) *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro, Graal. [[Links](#)]

Foucault, Michel (1986) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal. [[Links](#)]

Foucault, Michel (1977) *Vigia e punir*. Petrópolis, Vozes. [[Links](#)]

Gorender, J. (1997) 'Dossiê globalização'. *Estudos Avançados*, 11 (2), pp. 311-61. [[Links](#)]

Guattari, Felix (1993) 'Da produção de subjetividade'. *Imagem Máquina*. Rio de Janeiro, editora 34. [[Links](#)]

Guattari, Felix *et al.* (1986) *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis, Vozes. [[Links](#)]

Hall, Wayne (1988) 'Repetition strain injury in Australian epidemic of upper limb pain'. *Social Science Medicine*, 27:6, pp. 645-9. [[Links](#)]

Herzlich, Claudine (1986) 'Medicine moderne et quête de sens: la malade signifiant social'. *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la malade*. Ordrex Sociaux, cap. V. Paris, Presses Universitaires de France. [[Links](#)]

Hess, Darlene (1997) 'Employee perceived stress. Relationship to the development of RSI'. *AAOHN Journal*, 45:3, pp. 115-23. [[Links](#)]

Lima, Maria Elizabeth (1997) 'A LER no setor bancário'. *LER: dimensões ergonômicas e psicossociais*. Belo Horizonte, Health, pp. 52-107. [[Links](#)]

Lima, Maria Elizabeth (1997b) 'A dimensão psicológica'. *LER: dimensões ergonômicas e psicossociais*. Belo Horizonte, Health, pp. 201-16. [[Links](#)]

Lucire, Yolande (1986) 'Neurosis in the workplace'. *The Medical Journal of Australia*, 145:6, pp. 323-27. [[Links](#)]

Luz, T. Madel (org.) (1996) V Seminário do projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro, UERJ/IMS. *Série estudos em saúde coletiva*, nº 136 [[Links](#)]

Maciel, R. (1986) 'Considerações gerais sobre o trabalho de digitação'. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 50:13, pp. 37-40. [[Links](#)]

McDermott, Francis (1986) 'RSI: a review of current understanding'. *Medicine Journal of Australia*, 144: 4, pp. 196-200. [[Links](#)]

Minayo-Gomez, Carlos *et al.* (1997) 'A construção do campo do trabalhador: percursos e dilemas'. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (supl. 2): 21-32. [[Links](#)]

Quintner, J. (1995) 'The Australian RSI debate: stereotyping and medicine'. *Disability, Reability*. 17:5, pp. 256-62. [[Links](#)]

Quintner, J. (1989) 'The pain of RSI. The central issue'. *Australian Family Physician*, 18:12, pp. 1542-47. [[Links](#)]

Reilly, Paul (1995) 'Repetitive Strain Injury: from Australia to the UK'. *Journal of Psychosomatic Research*, 39:6, pp. 783-88. [[Links](#)]

Ribeiro, H. P.; Galeano, P. G.; Lopes, C.; Gomes, J. R. e Castro, C. G. (1997) *Estudo sobre prevalência de LER em bancários*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP/Secretaria da Saúde de São Paulo. [[Links](#)]

Rosen, George (1979) *Da polícia médica e medicina social: ensaios da assistência médica*. Rio de Janeiro, Graal. [[Links](#)]

Sato, Leny *et alii* (1993) 'Atividades em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial'. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 79:21, pp. 49-62. [[Links](#)]

Sikorski, J. (1989) 'Orthopedic basis for occupationally related arm and neck pain'. *Australia Journal Surgery*, 59:6, pp. 471-8. [[Links](#)]

Silverstein, B. A.; Keyserling, W. M. e Stetson, D. S. (July 1993) 'A checklist for evaluating ergonomic risk factors associated with upper extremity cumulative trauma disorders'. *Ergonomics*, 36 (7): 807-31. [[Links](#)]

Shorter, Edward (1997) 'Somatization and chronic pain in historic perspective'. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 336, pp. 52-60. [[Links](#)]

Sontag, Susan (1984) *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro, Graal. [[Links](#)]

Souza, M. E. Silva, G. R. (1997) *Estudo da prevalência de lesões por esforços repetitivos (LER) entre e trabalhadores e trabalhadoras em compensação*

bancária. São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de São Paulo. [[Links](#)]

Verthein, Marilene (1997) 'LER: o referencial da subjetividade na doença profissional'. *Anuário de Subjetividade e Política*. Niterói, LASP/Universidade Federal Fluminense. nºs 3, 4, pp. 111-22. [[Links](#)]

Documentos

MPS, 1997. *Dort. Norma Técnica para a Avaliação da Incapacidade*. Brasília [[Links](#)]

MPS, 1993. *Norma Técnica para a Avaliação da Incapacidade*. Brasília. [[Links](#)]

MPS, 1987. Portaria nº 4062 de 6.8.1987. Reconhece a tenossinovite como doença do trabalho. [[Links](#)]

MPS, 1991. Decreto 375/91. Reconhece as LER como doença relacionada ao trabalho. [[Links](#)]

Delegacia Regional do Trabalho, 1990. Portaria nº 3751. Reedita a Norma Regulamentar (NR 17) sobre ergonomia. [Links](#)