

Mara Alice Batista Conti Takahashi¹
Angela Paula Simonelli¹
Helder do Prado Sousa¹
Renata Wey Berti Mendes¹
Maria Valéria de Andrade Alvarenga¹

Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP

Rehabilitation program for of workers with RSI/WRMD at Cerest-Piracicaba, São Paulo, Brazil

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba (Cerest-Piracicaba), SP

Contato:

Mara Alice Batista Conti Takahashi
Rua São Francisco de Assis, 938
Centro – Piracicaba-SP
CEP: 13.400-590

Email:

maraconti_tak@yahoo.com.br

Agência financiadora:
Ministério da Saúde

Convênio: 4258/2005 - “Protocolo de Atenção em Reabilitação Profissional para adoecidos por LER/DORT integrado às ações de descentralização assistencial e de vigilância em Saúde do Trabalhador do CRST-Piracicaba”.

Resumo

Este artigo relata a experiência do projeto-piloto em reabilitação profissional para adoecidos de LER/DORT em andamento no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba (Cerest-Piracicaba) desde 2007, a partir da reconstituição do seu modelo assistencial e de vigilância em Saúde do Trabalhador, por meio da caracterização de seus aspectos constitutivos fundamentais e da lógica da intervenção. As várias fases da programação desenvolvidas pela equipe interdisciplinar, os métodos empregados e os fundamentos teóricos que norteiam o equacionamento entre a situação-problema e a consecução dos objetivos pretendidos são descritos. Os resultados quantitativos e qualitativos obtidos até o momento são analisados à luz dos elementos estratégicos facilitadores, bem como das relações de interesse que atuam como impedimentos para a participação no programa e para o retorno ao trabalho dos trabalhadores reabilitados. As lições aprendidas e algumas propostas que poderiam contribuir para a eficiência de uma política pública de reabilitação profissional concluem o presente estudo.

Palavras-chave: reabilitação profissional; LER/DORT; vigilância.

Abstract

This article reports on a pilot project for the rehabilitation of workers with RSI/WRMD which has been carried out at the Reference Center for Workers Health in Piracicaba, state of São Paulo, Brazil (Cerest-Piracicaba), since 2007, by remodeling of the framework for workers' healthcare and surveillance, the characterization of its most fundamental aspects, and the intervention rationale. It describes the different phases of the program developed by an interdisciplinary team, the methodology employed, the theoretical principles that supported the assessment of the problem-situation and the achievement of desired aims. The qualitative and quantitative results obtained so far were analyzed in the light of facilitating strategic elements as well as of interest articulations that prevented workers to participate in the program and to return to work after being rehabilitated. The article ends by showing the learned lessons and presenting some proposals that may contribute to a more efficient public policy on professional rehabilitation.

Keywords: occupational rehabilitation; RSI/WRMD; surveillance.

Recebido: 04/06/2009
Revisado: 15/02/2010
Aprovado: 18/02/2010

Introdução

A prática da reabilitação profissional é historicamente ligada aos sistemas previdenciários como resposta pública à questão da incapacidade. Os programas de reabilitação profissional, na perspectiva do então modelo hegemônico denominado “Estado de Bem-estar Social”, possuíam o papel estratégico de regulação econômica no sentido de reduzir o tempo de duração da concessão de benefícios por incapacidade no intuito de restabelecer o mais rápido possível a condição de contribuinte. Por outro lado, produziam também o efeito de eliminar ou reduzir as desvantagens das pessoas com incapacidades, possibilitando o retorno ao trabalho (MOOM; GEICKER, 1998).

No Brasil, os programas de reabilitação profissional foram consolidados no final dos anos de 1960. Três acontecimentos são destacados como marcos desta consolidação: a estatização do SAT (Seguro do Acidente de Trabalho), a obrigatoriedade legal da prestação destes serviços e o estabelecimento de uma fonte permanente de custeio (HENNINGTON, 1996).

Os anos de 1970 e 1980 foram de construção e auge do modelo de atenção no âmbito da Previdência Social, concentrando o maior volume de recursos da instituição: recursos financeiros, relativos a equipamentos e de equipes multiprofissionais, com pessoal técnico com maior faixa salarial (FERREIRA, 1985).

Nos anos de 1990, com a adoção por parte do governo brasileiro das ideias neoliberais, sob a égide de um ideário de ajustes macroeconômicos e de reordenação do papel do Estado, que atingiram principalmente os programas sociais, houve mudanças significativas das práticas de reabilitação profissional da Previdência Social. As principais mudanças foram o desmonte dos CRPs (Centros de Reabilitação Profissional) e dos NRPs (Núcleos de Reabilitação Profissional) do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), a desmobilização das equipes e a supressão das atividades terapêuticas (TAKAHASHI, 2006).

A redução do modelo previdenciário de reabilitação profissional repercutiu no atendimento dos serviços de Saúde do Trabalhador do SUS (Sistema Único de Saúde). A desassistência, no que diz respeito à reabilitação, aos trabalhadores leva à necessidade médica de prolongamento da prescrição de afastamento do trabalho pela permanência da incapacitação, quando não ocorrem as altas precoces pela Perícia Médica do INSS, que não considera as questões de prevenção. Isso implica no aumento do grau de desvantagem dos trabalhadores acidentados e adoecidos por ocasião do retorno ao trabalho.

Neste contexto desfavorável de desmantelamento e de demandas forçosamente migradas da Previdência Social para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), inseriu-se o Programa de Reabilitação Profissional do Cerest-Piracicaba para adoecidos por

LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho). Ressalte-se que esta patologia é de alta incidência e prevalência no município e, sobretudo, um importante problema nacional de saúde pública – a segunda maior causa de afastamento do trabalho no Brasil (BRASIL, 2008).

O projeto-piloto, descrito a seguir, tem o financiamento conjunto da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba e do Ministério da Saúde.

Teoria e métodos

A reconstituição do modelo assistencial

O objetivo deste artigo é reconstituir o modelo assistencial de reabilitação profissional do Cerest-Piracicaba por meio da caracterização de seus aspectos constitutivos fundamentais e da lógica da intervenção. Segundo Martinic (1997), a lógica da intervenção é o principal componente de um programa social, pois permite apreender as escolhas adotadas pelos atores envolvidos. Destaque-se que estas escolhas são derivadas de concepções e marcos de referência teórica dos profissionais envolvidos e sustentam as relações entre a situação-problema e a consecução dos objetivos pretendidos.

O método adotado tem como pressuposto teórico a reabilitação profissional como um conjunto integrado de ações cuja finalidade é resgatar as capacidades física, psicológica e social dos trabalhadores acometidos por agravos de saúde, que resultam na incapacidade para o trabalho.

O Programa de Reabilitação Profissional do Cerest-Piracicaba está fundamentado na atenção terapêutica multidisciplinar, sendo desenvolvido por equipe técnica composta de médica, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e socióloga. Com a finalidade de superar a reconhecida ineficácia do modelo médico centrado na avaliação e no tratamento da incapacidade, ainda hegemônico nos serviços de reabilitação, afirma sua vinculação aos pressupostos teóricos do modelo social da incapacidade (VERBRUGGE; JETTE, 1994), envolvendo a abordagem dos aspectos psicológicos e sociais do adoecimento por LER/DORT, e postula a construção de uma prática interdisciplinar no cotidiano do atendimento dos casos.

Através de reuniões semanais, são estabelecidas as conexões recíprocas dos diferentes campos profissionais integrantes da equipe, estrategicamente articuladas para o enfrentamento da complexidade do seu objeto, construindo um saber disciplinar novo, com conteúdos e métodos próprios: a reabilitação profissional de trabalhadores adoecidos por LER/DORT, tendo, entretanto, como campo comum a Saúde do Trabalhador.

Os produtos da prática oriunda deste novo núcleo disciplinar expressam-se em diferentes momentos do processo de reabilitação profissional dos adoecidos: (1)

Na avaliação inicial da incapacidade, de forma compreensiva e integral, bem como na definição da capacidade laborativa residual projetiva a ser trabalhada pela equipe para o retorno ao trabalho. Dois produtos singulares resultam do consenso desta interação: a decisão quanto à elegibilidade para o programa e a elaboração de um plano individual de reabilitação profissional, iniciado após o consentimento livre e esclarecido dos trabalhadores; (2) Na abordagem das características e dificuldades que vão emergindo durante a condução dos programas em grupo e que, ao serem discutidas em equipe, possibilitam o desenvolvimento de formas conjuntas de abordagem voltadas para o resgate da capacidade de trabalho pelo desenvolvimento de caminhos adaptativos e do alcance de novas possibilidades de desempenho e novas habilidades pelos adoecidos; (3) Na avaliação final, após o término do programa, quando a equipe conclui pela aptidão para o retorno ao trabalho ou pela sugestão de aposentadoria, considerando-se as capacidades físicas e psicológicas atuais; (4) No retorno ao trabalho, quando a equipe, em conjunto, realiza a avaliação técnica de compatibilidade da função oferecida pela empresa.

Do mesmo modo, a prática interdisciplinar é também desenvolvida nas reuniões interinstitucionais entre a equipe do Cerest-Piracicaba e a equipe do Programa Reabilita do INSS (médico-perito, assistente social e terapeuta ocupacional), o que vem possibilitando um fluxo facilitador em reabilitação profissional para os casos de interface entre as duas instituições e uma postura única de negociação com as empresas, minimizando, pela integração, as contradições de duas lógicas institucionais de natureza distinta: a lógica da prevenção e do cuidado do SUS e a lógica de reparação da Previdência Social.

As visitas às empresas, com o acompanhamento sindical, para negociação das funções compatíveis de retorno ao trabalho também se constituem em espaços interinstitucionais, ampliados de práticas interdisciplinares, onde são confrontadas as visões da medicina do trabalho e da engenharia de segurança do trabalho empresariais, com os fundamentos da ergonomia de linha francesa, presente na formação acadêmica de todos os integrantes da equipe do Cerest-Piracicaba e influente no desencaamento das ações práticas.

Estas ações conjuntas resultam concretamente em uma construção teórico-prática que extrapola os limites disciplinares tradicionais da reabilitação ao romper com o paradigma monodisciplinar hegemônico da medicina ortopédica, centrado na superação da incapacidade física, e ao avançar para o paradigma da interdisciplinaridade de geração de um novo conhecimento disciplinar (LUZ, 2009). Na experiência em relato, um novo núcleo de conhecimentos em reabilitação profissional é formado, resultante da aglutinação de uma determinada concentração de saberes e práticas, sem, contudo, indicar rompimento com a dinâmica específica do campo da Saúde do Trabalhador (CAMPOS, 2000). Trata-se, enfim, de um novo processo de institucionalização do saber, uma vez que não há como escapar da administração organizada das práticas sociais. Porém, quando são organi-

zadas de forma democrática, elas permanecem abertas a distintos campos de influência (ONOKO, 1999).

As LER/DORT são doenças ocupacionais socialmente produzidas pelos determinantes organizacionais do trabalho e da produção, associadas a fatores de riscos biomecânicos (esforço físico, posturas constrangidas e estáticas, gestos acelerados e repetitividade de movimentos) e psicossociais (intensidade do trabalho, pressão por metas de produção e fadiga cognitiva). Desta forma, o retorno ao trabalho é fator de agravamento, se mantidas as mesmas condições que geraram o adoecimento.

O programa de reabilitação profissional do Cerest-Piracicaba articula-se às ações de fiscalização e vigilância nas empresas, típicas do serviço, para eliminação dos fatores patológicos que estão na gênese dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais e para o reordenamento da organização de trabalho, com vistas a um ambiente seguro e saudável.

O programa de reabilitação profissional

A seguir, são destacados os aspectos estruturados do programa, desenvolvidos na singularidade da intervenção de cada formação profissional, porém, como descrito anteriormente, amalgamados pela interdisciplinaridade, tanto no espaço cotidiano informal e formal das trocas profissionais internas, quanto nas reuniões técnicas da equipe do Cerest com a equipe do INSS, com os representantes sindicais e com os profissionais das empresas de vínculo dos trabalhadores atendidos.

O grupo de apoio

A porta de entrada do programa tem sua ancoragem na abordagem grupal, por entender que esta técnica permite compartilhar as ansiedades e os medos de retorno às atividades laborais que provocaram o adoecimento. Assim, consiste em um espaço de interação dos sujeitos com objetivos e interesses comuns, em que são estabelecidas normas próprias para o seu funcionamento, consentidas pelos participantes.

Trata-se de um espaço interativo, onde estão contidas as angústias e as necessidades emocionais e sociais de seus membros e que, a cada encontro, são ressignificadas. O grupo tem em si a potencialidade de desenvolver ou aperfeiçoar a capacidade de seus integrantes em solicitar ajuda, desenvolvendo sentimentos de solidariedade a partir do reconhecimento do não estar sozinho, revelando a importância do outro (BION, 1970; PICHON-RIVIÈRE, 1988).

A vivência do pertencer ao grupo, apesar das experiências pessoais tão díspares e com todas as questões que possam aproximar ou distanciar, amar ou odiar, tem resultado na consciência de que é necessário ouvir e aceitar o outro e que somente por meio deste processo é possível partir do sujeito e alcançar o coletivo. O alcance do coletivo pode trazer consigo o empoderamento individual e a minimização do sofrimento.

Desenvolvido pela assistente social, consiste em oito encontros semanais com a aplicação de técnicas de dinâmica de grupo sobre as seguintes temáticas: (1) integração do grupo e estabelecimento das regras coletivas de funcionamento; (2) o problema da LER/DORT pela perspectiva de cada adoecido; (3) o problema da LER/DORT pela perspectiva de um especialista convidado; (4) o trabalho e suas representações; (5) os direitos previdenciários; (6) o corpo e a importância do autocuidado; (7) o corpo e a percepção dos limites e das potencialidades; (8) o encerramento com a avaliação final realizada pelo grupo.

Apesar de ser um programa estruturado, os temas são acrescidos de outros conteúdos de acordo com os interesses do grupo, relacionados com o escopo da proposta. Diferentes formas de enfrentamento e soluções foram engendradas pelos grupos realizados até o momento pelo projeto, porém, com um mesmo efeito comum: ao se tornar sujeito de suas questões, o grupo consegue se abrir para as alternativas individuais e coletivas de superação da incapacidade e da desvantagem social.

O grupo de psicoterapia

As atividades de psicoterapia com grupos foram adotadas porque contêm um potencial que vai além das propostas terapêuticas tradicionais, circunscritas à sintomatologia incapacitante decorrente da LER/DORT. Focalizam-se as questões decorrentes do afastamento da atividade laboral, bem como as decorrentes do enfrentamento do retorno ao trabalho (HOEFEL et al., 2004).

O programa tem início com uma avaliação individual pela psicóloga da equipe, em sessões de aproximadamente uma hora, podendo ocorrer mais de um encontro, dependendo da necessidade de cada caso. Consiste em entrevistas abertas, realizadas pelo método da história de vida oral (MINAYO, 1992), em que os entrevistados são estimulados a rever suas histórias de vida, reconhecer-se na identidade familiar e revisitar a trajetória de trabalho. Nestes encontros, avalia-se também o estado emocional dos pacientes, verificando se apresentam sintomas de transtornos psíquicos ou sofrimento mental, levantam-se hipóteses diagnósticas e, se necessário, encaminha-se para o acompanhamento de outros profissionais.

Os encontros em grupo são semanais, com uma hora e meia de duração, num total aproximado de vinte sessões, cujo objetivo é a produção dos sentidos expressos de modo singular pelos pacientes e dos complexos processos da realidade social em que estes pacientes estão inseridos (REY, 2003).

O método utilizado é o psicodrama, por meio de jogos dramáticos, de acordo com as fases da Matriz de Identidade, elaborada por Moreno (1975) e modificada neste estudo:

- 1ª fase: Identidade do EU – o momento do pensar em “quem sou eu?”. São utilizados jogos que estimulam os pacientes a olharem para si mesmos

de modo a identificar aspectos de suas histórias de vida relacionados às suas características de personalidade e de identidade;

- 2ª fase: Reconhecimento do EU – a fase de diferenciação entre o “eu e o outro”. Os jogos buscam favorecer o reconhecimento da contribuição dos outros na formação das identidades. Os pacientes passam a olhar para os “outros” que conviveram na infância e para os outros com quem convivem atualmente, seja na família, seja no trabalho.
- 3ª fase: Reconhecimento do TU – a fase conhecida como da “inversão de papéis”. Os jogos dramáticos possibilitam aos pacientes perceberem, por meio de suas relações pessoais em família e no trabalho, como e quanto eles afetam os outros e são por eles afetados.
- 4ª fase: Trabalho – Diferentemente das anteriores, esta fase não está colocada na matriz de identidade de Moreno, mas foi inserida no programa enquanto um espaço de expressão para a projeção do futuro, resgatando as identidades dos trabalhadores. Os jogos são voltados para as prováveis situações de enfrentamento no retorno ao trabalho, tais como conflitos com chefias ou os desafios profissionais com os limites impostos pela LER/DORT. Nesta fase, os traumas vivenciados durante o processo de adoecimento na empresa podem ser elaborados.

Durante os encontros da última fase, os pacientes são novamente avaliados, agora em atividade grupal, por critérios como: permanência ou não dos sintomas manifestados nas avaliações iniciais antes do programa; superação ou não dos conflitos vivenciados no trabalho; se conseguem ou não lidar com as limitações impostas pela doença; e, finalmente, se os pacientes se encontram emocionalmente fortalecidos ao ponto de conseguirem expor seus limites ao empregador quando, no retorno ao trabalho, depararem-se com tarefas cujas exigências ultrapassem suas limitações. São avaliados, ainda, quanto aos planos elaborados para o futuro e aos tipos de trabalho almejados.

Os resultados empíricos da experiência de grupoterapia no programa têm mostrado ser esta uma estratégia eficaz no fortalecimento individual e coletivo dos participantes, portanto, uma possibilidade a mais no processo de reabilitação, antes não vivenciada e que permite “transitar no limiar entre aquilo que se é e o que pode se tornar” (MOEHLECKE; FONSECA, 2008).

O grupo de cinesioterapia

Concomitantemente ao grupo de psicoterapia, desenvolve-se o programa de cinesioterapia para trabalhadores acometidos por LER/DORT. Estes apresentam um quadro clínico crônico com dores intermitentes, sentindo-se incapazes de realizar qualquer atividade de trabalho.

Oriundos de vários serviços de fisioterapia, a maioria dos trabalhadores já experimentou tratamentos terapêuticos diversos, principalmente os procedimentos clássicos

cos, baseados no modelo biomédico. Entretanto, como as LER/DORT apresentam uma etiologia complexa – que envolve elementos biológicos, psíquicos e sociais – e como a dor crônica não se mostra mensurável por instrumentos quantitativos, há uma ampliação da distância entre o conhecimento objetivo do fisioterapeuta e a experiência subjetiva de incapacidade do paciente, o que tem levado à ineficácia dos tratamentos comumente propostos (AUGUSTO, 2006).

Na avaliação de fisioterapia, a técnica utilizada é a triangulação das dimensões: história de vida e trabalho, causalidade do adoecimento e avaliação física individual. Por meio desses procedimentos iniciais, elabora-se um traçado para a atenção em cinesioterapia: (1) auxiliar o paciente a compreender as características estruturais e dinâmicas do próprio corpo, entendendo as sensações, as limitações e as causas da convivência com a dor; (2) diminuir a tensão muscular pelo treinamento de técnicas de relaxamento, alongamento e consciência corporal (KISNER; COLBY, 1998); (3) propiciar o controle da dor e de outros sintomas; e (4) desenvolver práticas educativas voltadas para a construção de outro modelo de capacidade para o trabalho que incorpore valores de qualidade de vida e respeito às diferenças físicas individuais.

Os recursos da cinesioterapia ativa (SHESTACK, 1987) oferecem ao grupo a possibilidade de experimentar o poder de fazer sozinho a vivência do “eu sou capaz”, anteriormente comprometida pela LER/DORT. Isto ocorre, num primeiro momento, pela realização de movimentos ativos que exigem pequenos esforços, movimentos habituais que agora são executados com atenção e concentração. Os pacientes são estimulados a expressar verbalmente as sensações que os movimentos lhes trazem, levando-os à maior consciência corporal e à percepção de que suas sensações se igualam às dos demais. Com liberdade e autonomia para realizar movimentos, repetições e posturas, formas adaptativas emanam espontaneamente do grupo, concretizando novos modos de fazer, com minimização da dor e do sofrimento.

Ao longo dos vinte encontros, com cerca de uma hora cada, os pacientes experimentam suas capacidades de realizar movimentos de maneira gradual e controlada, estimulados a realizar em casa os exercícios que praticam no grupo, vivenciando suas capacidades em outros contextos.

Os resultados empíricos mostram a redução da queixa dolorosa em grande parte dos pacientes, pois, ao readquirir a motricidade (que os pacientes acreditavam ter perdido), readquirem também sua autoestima e, por consequência, a dor é minimizada.

A intervenção da terapia ocupacional

No desenho deste projeto, a terapia ocupacional atua em três níveis do modelo de atenção:

1. Nas avaliações individuais iniciais em que são identificadas as limitações e as potencialidades

dos pacientes de LER/DORT para a realização das atividades de vida diária (AVD) e das atividades de vida prática (AVP), tais como as atividades de autocuidado, lazer e trabalho (OMS, 2003). Procura-se perceber quais as barreiras à realização do perfil pessoal e ocupacional das pessoas acometidas e orientá-las em adaptações (físicas, comportamentais e organizacionais), com vistas à reeducação do uso do corpo e da reorganização de suas tarefas diárias, de modo a ajustar suas capacidades pessoais à demanda das tarefas.

2. Nas avaliações finais, após a participação nos grupos terapêuticos, para compreender o progresso obtido no alinhamento entre a capacidade pessoal e as exigências das atividades cotidianas. O foco das avaliações é o retorno ao trabalho, ou seja, verificar a capacidade laborativa que o trabalhador apresenta para desempenhar suas habilidades, relacionando-a aos conhecimentos técnicos, às exigências de qualificação, aos movimentos e às posturas de trabalho que são exigidos pelas tarefas e identificados por meio das análises das atividades de trabalho nas empresas de vínculo dos adoecidos (SIMONELLI; CAMAROTTO, 2005).
3. Na coordenação das avaliações ergonômicas dos postos de trabalho nas empresas priorizadas que já passaram por um processo de intervenção dos órgãos fiscalizadores – Cerest-Piracicaba e Delegacia Regional do Trabalho –, o que desencadeou, na prática, melhorias dos postos de trabalho, atendendo às inspeções e às autuações destas instituições. No entanto, estas ações são voltadas tradicionalmente para a análise dos fatores de risco, definidas legalmente pelas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e pelo Código Sanitário, o que torna tais mudanças insuficientes quando se trata de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT. Nas palavras de Lima (1997):

Enquanto as dimensões organizacionais, estruturantes essenciais da situação de trabalho, forem consideradas apenas como mais um “fator” dentre outros, como acontece com as abordagens tradicionais, as LER permanecerão um problema incompreensível e as tentativas de sua prevenção, inefetivas. (p. 249)

Afinadas à perspectiva do autor, buscando um olhar mais integrativo das dimensões organizacionais nas condições de trabalho e com o objetivo focalizado no retorno ao trabalho dos trabalhadores reabilitados, foram realizadas, pela equipe, novas vistoriais e análises ergonômicas nas empresas de retorno, considerando-se os princípios e as técnicas da Análise Ergonômica do Trabalho – AET (GUÉRIN, 2001). A capacitação da equipe na metodologia da AET foi feita em curso de especialização de dezoito meses na Universidade

Metodista de Piracicaba (Unimep) em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba e a colaboração do Laboratório de Ergonomia do Departamento de Engenharia de Produção da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

O método da AET consiste na análise da atividade do trabalhador na situação real do trabalho, em suas dimensões física e mental, confrontando a tarefa (trabalho determinado pela organização) com a atividade (o que realmente o trabalhador faz para dar conta da tarefa). São tratados os conceitos de variabilidade (diversidade e variações das situações), carga de trabalho (exigências físicas da tarefa e a capacidade do trabalhador), regulação (quando e como o trabalhador realiza a tarefa) e modo operatório (saber-fazer do trabalhador).

Na descrição, o mais detalhada possível da atividade real de trabalho, consideram-se as posturas, os gestos, os movimentos, os constrangimentos das tarefas, as comunicações, as verbalizações, as estratégias, a resolução de problemas e os modos operativos, em outras palavras: o que o trabalhador, efetivamente, realiza para executar a tarefa em condições reais de execução (no contexto singular de uma dada empresa ou instituição) e de acordo com condutas do homem no trabalho (definidas pelas características biológicas e culturais). Todas as informações obtidas são posteriormente validadas com o trabalhador.

Para viabilizar mais rapidamente as análises, utilizou-se como método auxiliar o *Ergonomics Workplace Analysis* (EWA), desenvolvido pelo Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional (HELSINKI, 1997) voltado para a análise biomecânica tradicional dos fatores de risco, mas que, na adaptação feita pelo Laboratório de Ergonomia da UFSCar (Universidade Federal de São Carlos), foi ampliado pela triangulação de duas outras metodologias: grupos focais com trabalhadores e profissionais das empresas e análise sociotécnica da organização do trabalho, a AET.

A supervisão da equipe

Desde o pré-projeto, aprovado pelo Ministério da Saúde, os trabalhos interdisciplinar e interinstitucional, desenvolvidos em reuniões técnicas sistemáticas, internas e externas, de discussão de casos, foram considerados estratégicos para o desenvolvimento de um programa de reabilitação.

O papel da supervisão, neste projeto, coube a uma socióloga com experiência no trabalho em equipes de reabilitação profissional e orientou-se pela articulação de uma relação profissional que não nega as especialidades e respeita o território de cada campo do conhecimento, mas que enfrenta a complexidade do objeto de trabalho por meio de conexões recíprocas (MORIN, 2005). Almeja-se uma complementaridade entre as diferentes categorias profissionais, em que os

especialistas, conscientes de seus limites, acolhem as contribuições de outras disciplinas (GUSDORF et al., 2006), resultando na construção de um novo conhecimento (LUZ, 2009, p. 308).

O mesmo princípio de pensamento foi norteador da construção do trabalho entre as instituições articuladas para a parceria neste projeto, a saber: Gerência Regional do Ministério do Trabalho e Emprego de Piracicaba, Perícia Médica e Programa Reabilita do INSS de Piracicaba, sindicatos e empresas de vínculo dos trabalhadores assistidos.

Como todo projeto social, o programa de reabilitação profissional do Cerest-Piracicaba, ao longo de seus três anos de funcionamento, despertou as relações de interesse de diferentes grupos sociais, com diferentes projetos em disputa.

Para Martinic (1996, p. 37), um projeto de intervenção de natureza social afeta tanto as pessoas beneficiárias, como outros “interessados” que podem dificultar ou facilitar a realização das ações, um verdadeiro “jogo de forças” que pode anular os seus resultados ou legitimar os seus objetivos.

A legitimação, desde o início, apresentou-se como uma necessidade estratégica a ser construída pela equipe. O propósito da legitimação está sempre presente em todas as propostas formuladas para os projetos de intervenção em saúde, tanto no sentido de legitimar o conteúdo, quanto no grupo institucional que os formula. Nas palavras de Testa (1995):

A legitimação se faz pelo convencimento de que a proposta traz benefícios ao grupo da população para qual ela se destina e também pela aceitação de que o grupo social que a formula tem o direito de fazê-lo. (p. 208)

Para o autor argentino, importante teórico da área de Planejamento em Saúde:

não politizar estas questões significa desconsiderar uma extensa rede de micropoderes que são expressos nos níveis dos serviços e dos movimentos sociais que pode interromper o fluído de uma proposta organizacional quando não há consenso e a contradição se estabelece entre eles e a equipe da intervenção. (TESTA, 1995, p. 208)

Diferentes formas de articulação e comunicação com a sociedade foram utilizadas: apresentação do projeto e busca de apoio de entidades de controle social, tais como o Conselho Municipal de Saúde de Piracicaba, a Comsepre (Comissão Municipal de Prevenção de Acidentes de Trabalho e Doenças Ocupacionais de Piracicaba) e os sindicatos de trabalhadores; apresentação em fóruns externos, como Congresso Paulista de Saúde Pública de 2007 e Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrasco) de 2009; e seminários organizados pela Fundacentro-SP, pelo(s) Cerest(s) e serviços de saúde de outras localidades.

Universo e critérios de seleção para o projeto-piloto

Para a definição dos beneficiários deste projeto, foram levantados os dados de 244 prontuários de trabalhadores vinculados a 20 empresas com maior incidência de LER/DORT no município de Piracicaba. O levantamento considerou idade, função, empresa, tempo de empresa, quantidade de afastamentos anteriores ao afastamento solicitado pelo Cerest, abertura da CAT (pela empresa, pela notificação do Cerest ou do Sindicato), reconhecimento da doença ocupacional pela Previdência Social, diagnóstico médico e situação previdenciária atual. Na sequência, os dados foram cruzados com os critérios de elegibilidade previamente estabelecidos: (1) ter vínculo empregatício ou ter tido (último emprego) com as empresas priorizadas por critério epidemiológico; (2) ter diagnóstico e nexos causal de LER/DORT, independentemente do reconhecimento pelo INSS (3); ter um quadro crônico estabilizado de incapacidade para o trabalho; (4) estar afastado do trabalho há pelo menos três meses; e (5) ter passado por tratamento médico, fisioterápico, psicológico ou de acupuntura durante o período de afastamento do trabalho.

Aos trabalhadores selecionados ($n = 227$) foram enviadas, via correio, cartas de apresentação do projeto e convite para um comparecimento agendado no serviço com um dos profissionais da equipe. Nesta primeira chamada, de dezembro de 2006 a janeiro de 2007, 105

trabalhadores (66%) atenderam ao chamado e passaram pelo processo de sondagem inicial. No decorrer do programa, iniciado em março de 2007, outros trabalhadores, em atendimento no Cerest-Piracicaba, foram acolhidos pelo projeto, mantendo-se os critérios de seleção anteriormente descritos.

Resultados parciais e discussão

Do universo selecionado, 41 trabalhadores foram considerados inelegíveis e 176 passaram efetivamente pelo programa, todos vinculados a quatorze empresas com alta incidência e prevalência de LER/DORT no município de Piracicaba-SP. Destes, 84 se recusaram a participar do programa ou o abandonaram no decorrer, 1 caso houve a impossibilidade técnica da equipe para o atendimento², 70 concluíram a programação e 21 estão no programa em andamento (**Gráfico 1**).

Dos trabalhadores que concluíram o programa, 22 retornaram ao trabalho na empresa de vínculo, 5 retornaram ao trabalho em outras empresas, 23 foram avaliados para a aposentadoria e 20 permanecem com auxílio-doença pelo INSS (**Gráfico 2**).

No **Quadro 1**, apresentam-se o panorama de intervenção nas 14 empresas de vínculo dos trabalhadores atendidos pelo programa, as avaliações ergonômicas realizadas e os impeditivos enfrentados.

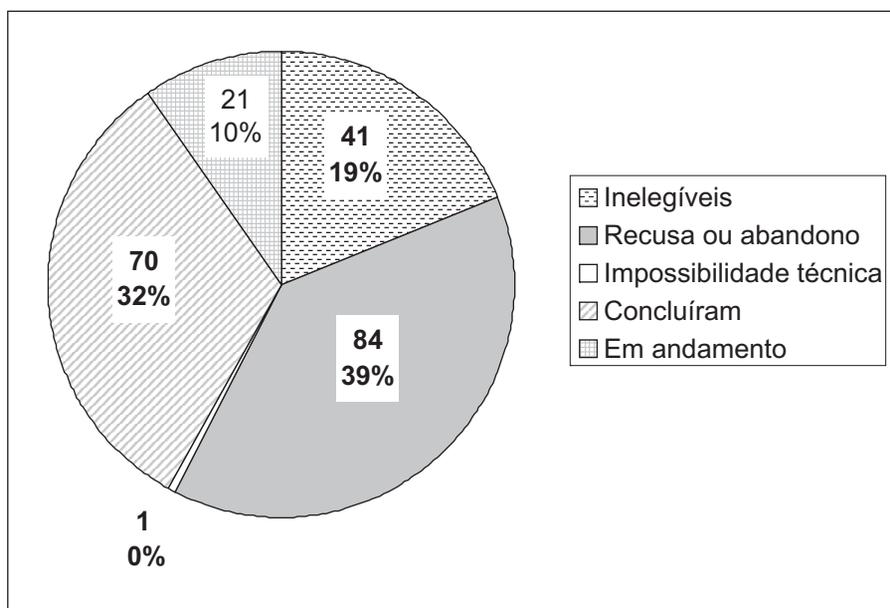


Gráfico 1 Distribuição do universo selecionado das empresas priorizadas em relação ao Programa de Reabilitação Profissional do Cerest-Piracicaba, de 2007 a 2009

² Tratava-se de um paciente com problemas auditivos e de fala, cujo atendimento foi inviabilizado pelo desconhecimento por parte dos membros da equipe da linguagem universal de sinais (Libras).

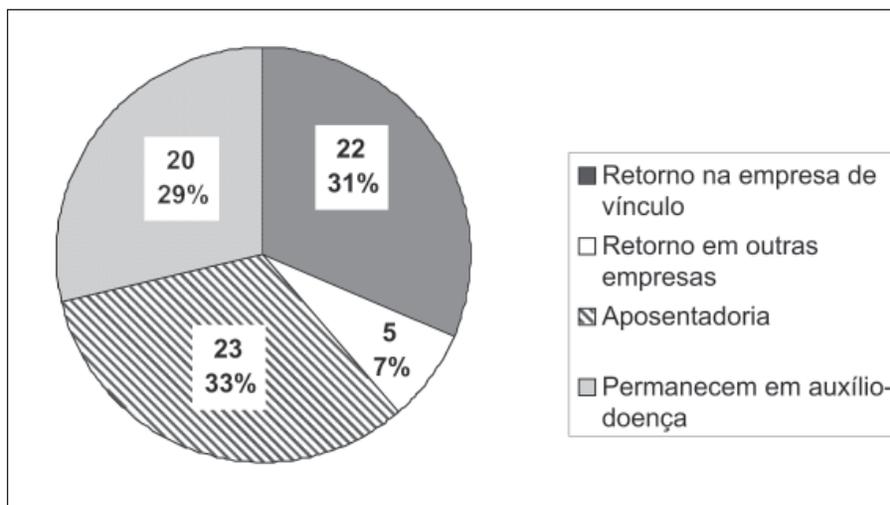


Gráfico 2 Distribuição dos resultados parciais do programa de reabilitação profissional do Cerest-Piracicaba, de 2007 a 2009

Para um aprofundamento da avaliação e aceitando como pressuposto que os usuários/beneficiários de um projeto são os atores sociais mais importantes de um processo de avaliação (MARTINIC, 1996, p. 41), os trabalhadores foram ouvidos em dois grupos focais: o primeiro com os pacientes que participaram no primeiro ano da programação e o segundo com os participantes do segundo ano. Em ambos os grupos, o objetivo foi identificar a percepção acerca dos benefícios da intervenção, bem como das dificuldades e dos problemas vivenciados. Ao todo, 27 trabalhadores atenderam ao chamado para a avaliação realizada pela equipe de capacitação do Cerest-Piracicaba. Foi excluída a participação dos integrantes da equipe envolvidos diretamente com o projeto, o que poderia inibir a livre expressão dos trabalhadores.

De modo geral, as verbalizações dos pacientes atendidos mostraram que os adoecidos por LER/DORT chegam desorientados no serviço, sem a devida compreensão do seu adoecimento multifacetário, desanimados quanto ao equacionamento social da problemática, o que lhes intensifica a condição de incapacidade:

Eu estava perdida, sem saída, no Cerest encontrei a luz no túnel que estava procurando. Aqui encontrei portas abertas, explicações, bom atendimento [...] nasci de novo. As dores melhoraram, não sumiram, mas melhoraram. (Néia, ajudante de produção)³

O Cerest sempre ajudou muito, abriu CAT, [...] eu estava desorientada, quando passava por perícia e era humilhada, o programa de reabilitação ajudou. As pessoas aqui veem o lado humano e principalmente elas acreditam na nossa doença e na nossa dor. (Eunice, ajudante de produção)

Alguns depoimentos sobre diferentes fases da programação mostram empiricamente os efeitos das intervenções terapêuticas sobre a dor e a incapacidade:

No grupo de apoio eu descobri sobre LER/DORT, eu vi que outras pessoas tinham o mesmo problema, vi que não estava sozinha neste sofrimento, o que facilitava para falar de mim. Aprendi a me conhecer melhor, pôr para fora o que estava sentindo. A gente fica muito à vontade, a V. acolhe muito bem. Com ela, encontrei novos caminhos, abertura para trilhar a vida, aprendi a conviver com a dor. Ela consegue unir o grupo e tornar o encontro muito bom. (Laura, merendeira)

Com a R. eu descobri muita coisa nova, coisas diferentes, que eu não conhecia, eu tirei o tabu que eu tinha com a psicologia. A R. é firme, ela puxa muito. Nunca imaginei na minha vida que teria atendimento de todos estes profissionais. Com a psicologia melhorei da depressão, me livrei dos medicamentos pesados. Eu fugia, queria me isolar, o grupo me trouxe de volta, fiquei mais forte, aprendi a dizer não, respeitar meus limites. (Ana, ajudante de produção)

No grupo de fisioterapia, aprendi com o H. exercícios que me aliviavam e que eu continuo fazendo na minha casa. Olha, ele conheceu a gente a fundo, ele tem sempre bom humor, a gente se sentia bem, não via a hora que chegasse a 4ª feira para ir ao grupo. (Inês, merendeira)

Participar do grupo do Cerest foi uma experiência maravilhosa porque me ensinou a achar meios de me expressar, de ter limites. Hoje, mesmo em casa, sei o que posso fazer e como fazer. A M. (TO) foi ótima, me ensinou como dormir, antes eu não conseguia, como varrer a casa, como trabalhar com meu corpo e não me desgastar. (Néia, ajudante de produção)

³ Os nomes são fictícios para preservar o anonimato dos trabalhadores.

Quadro 1 Situação geral de intervenção nas empresas segundo histórico, número de trabalhadores que concluíram o programa, com programa em andamento e que retornaram ao trabalho na empresa de vínculo. Programa piloto, 2009, Piracicaba, SP

<i>Empresa/ Histórico de intervenção</i>	<i>Trabalhadores que concluíram o programa</i>	<i>Trabalhadores com programa em andamento</i>	<i>Trabalhadores que retornaram ao trabalho na empresa de vínculo</i>
Empresa 1	41	14	11
<p>Empresa multinacional de grande porte do ramo alimentício</p> <p>Melhorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adequação de esteira mecânica com eliminação de carga manual; - Contratação de efetivo para implantação de sistema de pausas e rodízios; - Criação de comitê de ergonomia: melhoria de postos de trabalho referentes à carga estática e dinâmica; - Contratação de equipe de assessoria para reabilitação dos adoecidos; - Reorganização da jornada de trabalho de 6 dias de trabalho/1 dia de folga para 6 dias de trabalho/2 dias de folga; - Compromisso em mesa redonda no Ministério do Trabalho com o protocolo de retorno ao trabalho para os trabalhadores reabilitados. 			
Empresa 2	17	04	07*
<p>* Demitidos pelo rompimento do contrato de terceirização.</p> <p>Empresa de terceirização que presta serviço ao poder público fornecendo e gerenciando merendeiras para as escolas da rede pública, municipais e estaduais. As melhorias recomendadas pela AET dependiam essencialmente de investimentos da contratante. A contratante rompeu o contrato de terceirização com a empresa em referência, contratou nova empresa e reorganizou seu processo de trabalho sem a participação dos ergonomistas do Cerest-Piracicaba.</p> <p>Os trabalhadores do programa ainda em andamento estão em processo de nova profissionalização pelo Programa Reabilita do INSS.</p>			
Empresa 3	05	01	--
<p>Empresa local de médio porte do ramo têxtil.</p> <p>Empresa abriu falência durante o programa, fechando suas portas. Os trabalhadores foram demitidos e entraram com ações judiciais. Dois trabalhadores conseguiram colocação em outras empresas.</p> <p>Um trabalhador está em processo de nova profissionalização pelo Programa Reabilita do INSS.</p>			
Empresa 4	02	--	01
<p>Empresa de terceirização que presta serviço ao poder público fornecendo e gerenciando os trabalhadores de limpeza e conservação dos prédios municipais.</p> <p>Contratou ergonomista e implantou sistema de rodízios e pausas, dimensionando seu efetivo.</p> <p>A trabalhadora que retornou ao trabalho teve seu posto de trabalho analisado e considerado compatível pela equipe do Cerest-Piracicaba.</p>			
Empresa 5	01		01
<p>Empresa de terceirização que presta serviço ao poder público fornecendo e gerenciando os trabalhadores de limpeza e conservação das instalações dos serviços de saúde. A trabalhadora que retornou ao trabalho teve seu posto de trabalho analisado e considerado compatível pela equipe do Cerest-Piracicaba.</p>			
Empresa 6	01		01
<p>Empresa de terceirização que presta serviço ao poder público fornecendo e gerenciando os trabalhadores de limpeza e conservação de vias públicas, parques e jardins. O trabalhador que retornou ao trabalho teve seu posto de trabalho analisado e considerado compatível pela equipe do Cerest-Piracicaba.</p>			
Empresa 7	--	02	--
<p>Empresa multinacional de grande porte do ramo metalúrgico.</p> <p>Empresa com intervenção em andamento pela equipe de vigilância do Cerest-Piracicaba. Sem resultados a relatar.</p>			
Empresa 8	02	--	01
<p>Empresa de terceirização que presta serviços de <i>telemarketing</i> e manutenção de estações e redes de telecomunicações a uma grande empresa de telecomunicação.</p> <p>Empresa contratou ergonomista estando sob intervenção do Ministério do Trabalho.</p> <p>A trabalhadora que retornou ao trabalho teve seu posto de trabalho analisado e considerado compatível pela equipe do Cerest-Piracicaba.</p>			
Empresa 9	1	--	--
<p>Empresa nacional de grande porte do ramo de revestimento cerâmico.</p> <p>Empresa passou por intervenção do Ministério do Trabalho. Os trabalhadores acolhidos adoeceram no período de transição entre a modernização da empresa, inclusive com introdução de robótica. A maior parte não aceitou participar do programa por estar com ações indenizatórias na justiça. A única trabalhadora participante foi um caso grave, com sugestão de aposentadoria pela equipe e acatada pelo INSS.</p>			
Empresas 10, 11, 12, 13 e 14	Empresas sob intervenção em andamento pelo Cerest-Piracicaba, porém seus trabalhadores selecionados se recusaram a participar do programa ou abandonaram o programa em curso.		
Total de empresas 14	70	21	22

Os resultados quantitativos parciais mostram 39% de recusa ou abandono do programa de reabilitação profissional pelos trabalhadores. Apesar de não ter sido objeto de uma investigação sistemática, algumas causas são inferidas empiricamente pela equipe: (1) a influência negativa dos advogados dos pacientes com ações judiciais em andamento, que entendiam que a intervenção de um programa de reabilitação profissional e um retorno ao trabalho antes da sentença final poderia comprometer as expectativas indenizatórias de ambos, tendo em vista que o mérito judicial está baseado na perspectiva dos danos físicos – monetarização do adoecer –, reconhecido como um preditivo negativo de retorno ao trabalho (FEUERTEIN et al., 1993); (2) o comportamento padrão das empresas na demissão dos trabalhadores adoecidos por LER/DORT e as dificuldades de reconhecimento da patologia como ocupacional pelo INSS, dificultando o equacionamento social da problemática; (3) as divergências nos critérios de avaliação de incapacidade entre os médicos peritos do INSS e a equipe de assistência do Cerest, resultando em altas precoces e indeferimentos sucessivos nos recursos pela manutenção da concessão de benefícios; (4) dificuldades financeiras e agravamento de conflitos pessoais; e (5) trabalhadores com recursos adaptativos próprios, que não demandavam a necessidade de programa de reabilitação profissional.

Entre os casos assistidos, 33% tiveram avaliação pela aposentadoria, com pareceres emitidos pela equipe e encaminhados à perícia médica do INSS. São casos graves, com permanência de incapacidades físicas e emocionais após a intervenção, o que os impossibilita para uma negociação de retorno ao trabalho em condições favoráveis, tornando-os muito vulneráveis às recidivas e aos agravamentos.

Os resultados qualitativos apreendidos nas verbalizações mostram o impacto positivo do programa terapêutico de reabilitação profissional no resgate da autonomia, da autoestima e da capacidade de ressignificar o futuro dos trabalhadores assistidos.

Estes dados, analisados de forma articulada aos resultados quantitativos, revelam que, na problemática da LER/DORT, existem outros aspectos sociais que interferem na reabilitação profissional dos trabalhadores lesionados, que só pode ser considerada eficaz quando resulta em inserção dos reabilitados em um trabalho que permita sua integração social plena (SEYFRIED, 1998).

O principal obstáculo social no retorno ao trabalho tem sido a permanência das condições patológicas que geraram o adoecimento. As ações de vigilância são complexas e morosas, porque demandam transformação profunda na visão dos gestores do capital sobre o trabalho e sobre as formas de organizar a produção. Os recursos das instituições fiscalizadoras estão sempre aquém das necessidades demandadas.

Na experiência em relato, conforme demonstrado no **Quadro 1**, ainda que o conjunto das empresas priorizadas seja objeto das fiscalizações típicas de vigilância do serviço, apenas as duas empresas com maior

número de casos de LER/DORT passaram por avaliação ergonômica mais abrangente do seu processo de trabalho, realizada pelos ergonomistas do Cerest-Piracicaba, resultando em recomendações que envolveram mudanças mais profundas na organização da produção e do trabalho. Ambas estão com um processo, em curso, de reformulação de suas atividades de trabalho, entretanto, uma avaliação mais precisa do impacto destas transformações demanda uma nova avaliação ergonômica por parte dos órgãos fiscalizadores e do sindicato, o que até o momento não ocorreu.

Em relação ao retorno ao trabalho, na primeira empresa, acordou-se, via intensa negociação e finalização em mesa-redonda no Ministério do Trabalho e Emprego de Piracicaba, um conjunto de procedimentos entre o Cerest-Piracicaba, o Programa Reabilita do INSS, o Sindicato e a empresa para retorno ao trabalho dos trabalhadores adoecidos por LER/DORT, após conclusão de seus programas terapêuticos.

Esse protocolo estabeleceu que a empresa fosse responsável pela avaliação da compatibilidade do posto de trabalho, considerando os pareceres técnicos conclusivos da equipe de reabilitação, desencadeando o seguinte fluxo: (1) Após avaliação da equipe de reabilitação da empresa, a empresa oferece postos de trabalho específicos a cada trabalhador reabilitado; (2) O posto de trabalho ofertado passa pela análise *in loco*, pela aprovação técnica das equipes de reabilitação profissional do Cerest e do Programa Reabilita e pela validação do trabalhador; (3) Quando o posto de trabalho é aprovado e validado, o trabalhador é encaminhado para estágio na empresa por 60 dias, sem desligamento do benefício do INSS, no qual é supervisionado pela equipe do Cerest-Piracicaba que pode sugerir e orientar adaptações, quando necessárias; (4) Quando o posto de trabalho não é aprovado, a equipe técnica justifica para a empresa as razões da não aceitação e o caso retorna ao início do fluxo para nova avaliação; (5) O desfecho satisfatório do estágio resulta em alta (desligamento do benefício) e certificação de reserva de vagas para trabalhadores reabilitados pelo INSS.

Na segunda empresa, após uma análise ergonômica em profundidade das atividades de trabalho das merendeiras, foram apresentados à Coordenação da Merenda Escolar do município o diagnóstico da situação e as recomendações para melhoria das condições de trabalho. No entanto, o vencimento do prazo do contrato de terceirização e as decisões políticas de nível macro que alteraram profundamente a organização do trabalho das merendeiras resultaram em novo processo licitatório e na perda do contrato de prestação de serviços por parte da empresa de vínculo dos trabalhadores em programa de reabilitação.

Os trabalhadores que retornaram ao trabalho na segunda empresa haviam sido recolocados em escolas com menor número de alunos e dimensionamento de funcionários mais ajustado, entretanto, foram demitidos com a rescisão do contrato de terceirização, ocorrida no final de 2008.

Os trabalhadores buscaram a via judicial para pleitear sua reintegração, valendo-se do direito de estabilidade de um ano a trabalhadores acidentados e adoecidos do trabalho,⁴ garantido pelo contrato solidário entre o poder público e a empresa de terceirização.

Os trabalhadores demitidos, mas ainda com o programa de reabilitação em andamento, estão sendo assistidos pelas ações de profissionalização do Programa Reabilita do INSS.

Considerações finais

A elaboração a cinco mãos deste artigo abriu a possibilidade de uma leitura organizada sobre o trabalho da equipe, com reflexões metodológicas e operacionais. O programa de reabilitação profissional do Cerest-Piracicaba foi examinado enquanto trabalho terapêutico e social e os dados empíricos foram extraídos destas reflexões por parte da equipe multidisciplinar acerca do seu trabalho cotidiano. Os relatos dos pacientes são carregados de emoções e afetividade, o que, certamente, inibiu as críticas.

Os problemas decorrentes da efetividade de um trabalho interinstitucional aumentam o tamanho do desafio e levam ao aprendizado de algumas lições. A primeira delas é a percepção de que não é desprovida de sentido a relação histórica entre os programas de reabilitação profissional e os sistemas de Previdência Social. A ausência do suporte de renda dos benefícios previdenciários inviabiliza a participação dos trabalhadores nos programas terapêuticos.

A divergência entre a lógica do cuidado do SUS (assistência e prevenção) e a do INSS (agência seguradora) reflete-se em contradições e conflitos cotidianos, que aparecem na condução dos casos e podem comprometer o tratamento, a prevenção secundária precoce e a reabilitação profissional. A parceria institucional entre o Cerest-Piracicaba e o Programa Reabilita foi uma saída coletiva estratégica e permitiu a construção de um

fluxo facilitador em reabilitação profissional, minimizando as dificuldades na execução dos programas e na intervenção nas empresas por ocasião do retorno ao trabalho dos reabilitados.

As reuniões técnicas das equipes multidisciplinares de ambos os serviços possibilitaram o acúmulo e o compartilhamento de saberes. Constituíram um *know-how* diferenciado a esta equipe, proporcionado pela condução singular e coletiva dos casos. Chegou-se a certo “consenso tipológico” para os casos de LER/DORT fundamental para o estabelecimento de um protocolo de atenção, possibilitando a aplicação do princípio da equidade do SUS.

Para concluir, algumas propostas poderiam contribuir para uma execução mais eficaz da reabilitação profissional como política pública:

1. A implantação dos conceitos teóricos da Classificação de Incapacidade e Funcionalidade (CIF) na avaliação de incapacidade dos médicos-peritos do INSS, representando uma mudança no paradigma da incapacidade: a superação da concepção de déficit pessoal para uma abordagem social da incapacidade (VERBRUGGE; JETTE, 1994).
2. A capacitação em Ergonomia, pela abordagem da AET, de médicos-peritos do INSS contribuiria potencialmente para a desconstrução da ideologia do trabalho “ominiprofissional”. Este conceito, muito utilizado em manuais periciais de seguradoras privadas e públicas, analisa a capacidade do trabalho humano de forma abstrata, desvinculada da dinâmica das cargas laborais em situações concretas do trabalho real. Este conceito é cotidianamente operacionalizado pela Previdência Social no Brasil, justificando altas precoces, sem que os trabalhadores acidentados e adoecidos do trabalho estejam devidamente reabilitados, levando-os à vulnerabilidade e à exclusão social.

Referências

AUGUSTO, V. G. *Um olhar sobre a LER/DORT no contexto clínico do fisioterapeuta*. 2006. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

BION, W. *Experiências com grupos*. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Anuário estatístico de 2008*. 2008. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=850>>. Acesso em: 21 dez. 2009.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

FERREIRA, I. M. *Reabilitação profissional e serviço social*. São Paulo: Cortez, 1985.

FEUERSTEIN, M. et al. Multidisciplinary rehabilitation of chronic work-related upper extremity disorders. *Journal of Occupational Medicine*, United States, v. 4, n. 35, p. 396-403, 1993.

⁴ Lei da Previdência Social nº 8.213/1991.

- GUÉRIN, F. et al. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. 2. ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.
- GUSDORF, G. et al. *Interdisciplinaridade: antologia*. Porto: Campo das Letras, 2006.
- HENNINGTON, E. A. *Saúde trabalho: considerações sobre as mudanças na legislação acidentária brasileira e sua influência sobre a classe trabalhadora*. 1996. 221 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.
- HOEFEL, M. G. et al. Uma proposta em saúde do trabalhador com portadores de LER/DORT: grupos de ação solidária. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 7, p. 31-39, dez. 2004.
- KISNER, C.; COLBY, L. A. *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Manole, 1998.
- LIMA, F. P. A. A organização da produção e a produção da LER. In: LIMA, M. E. A et al. *LER-Dimensões Ergonômicas e Psicossociais*. Belo Horizonte: Editora Health, 1997.
- LUZ, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.
- MARTINIC, S. *Evaluación de proyectos*. México: Conexani-Cejuv, 1997.
- MINAYO, M. C. S. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.
- MOEHLECKE, V.; FONSEGA, T. M. G. O teatro da individuação: forças e simulacros. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 475-503, jun. 2008.
- MOOM, W.; GEICKER, O. Disability: concepts and definitions. In: *Disability and Work*. ENCYCLOPEDIA of occupational health and safety. Geneva: OIT, 1998. p. 17.14-17.18. CD-ROM.
- MORENO, J. L. *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix, 1975.
- MORIN, E. *Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: EDUSP, 2003.
- ONOKO, R. T. *O planejamento em saúde sob o enfoque da hermenêutica*. 1999. 214 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.
- PICHON-RIVIÈRI, E. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- REY, F. G. *Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Thomson, 2003.
- SEYFRIED, E. Vocational rehabilitation and employment support services. In: *Disability and work*. ENCYCLOPEDIA of occupational health and safety. Geneva: OIT, 1998. p.17.18-17.22. CD-ROM.
- SHESTACK, R. *Fisioterapia prática*. 3. ed. São Paulo: Manole, 1987.
- SIMONELLI, A. P.; CAMAROTTO, J. A. Método de análise de tarefas industriais como ferramenta para a inclusão de portadores de necessidades especiais no trabalho. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 137-146, set./dez. 2005.
- TAKAHASHI, M. A. B. C. *Incapacidade e previdência social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990*. 2006. 279 f. Tese (Doutorado)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.
- TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- VERBRUGGE, L. M.; JETTE, A. M. The disablement process. *Social Science Medicine*, England, v. 38, n. 1, p. 1-14, Jan. 1994.