



Elaine Antonia de Paula<sup>a</sup>  
 <https://orcid.org/0000-0002-1616-1699>

Rosa Maria Monteiro Ferreira do Amaral<sup>a</sup>  
 <https://orcid.org/0000-0002-7601-3639>

<sup>a</sup> Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Guarulhos, SP, Brasil.

**Contato:**

Elaine Antonia de Paula

**E-mail:**

[fisioelaine@gmail.com](mailto:fisioelaine@gmail.com)

As autoras declaram que o trabalho não foi subvencionado e que não há conflitos de interesses.

As autoras informam que o trabalho não foi apresentado em eventos científicos e que não foi baseado em dissertação ou tese.

## Atuação interdisciplinar em grupos de qualidade de vida para pacientes com Lesões por esforços repetitivos/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – LER/DORT

*Interdisciplinary approach in quality of life groups for patients with Repetitive strain injuries/Work-related musculoskeletal disorders – RSI/WMSD*

### Resumo

**Introdução:** o atendimento isolado de pacientes com lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT) por profissionais de diferentes áreas é insuficiente para contemplar todos os aspectos sociais e de saúde afetados por esses agravos. **Objetivo:** relatar o trabalho conjunto interdisciplinar entre Fisioterapia e Psicologia, desenvolvido por meio de grupos de qualidade de vida (GQV) para pacientes com LER/DORT atendidos no Centro de Referência de Saúde do Trabalhador de Guarulhos-SP. **Métodos:** foram analisados os relatórios dos GQV desenvolvidos de 2009 a 2014 e as gravações das reuniões dos dois grupos mais recentes. **Discussão:** as identidades pessoais e profissionais dos pacientes afetados pelas LER/DORT estavam abaladas com o adoecimento, a invisibilidade da doença, os longos períodos de tratamento e de afastamento do trabalho e com a exclusão social decorrente desse quadro. O GQV propiciou um espaço de reflexão e socialização para os trabalhadores adoecidos, auxiliando-os no resgate da sua identidade e cidadania. A atuação conjunta interdisciplinar da Fisioterapia e da Psicologia nos grupos se mostrou fundamental para enfrentar a complexidade e a multifatorialidade desses agravos, ampliando a visão e a experiência dos profissionais e instrumentalizando-os para um olhar mais integrado e humanizado voltado ao trabalhador adoecido.

**Palavras-chave:** qualidade de vida; saúde do trabalhador; lesões por traumas cumulativos; lombalgia ocupacional.

### Abstract

**Introduction:** the isolated care of patients with repetitive strain injury/work-related musculoskeletal disorders (RSI/WMSD) by different professionals is insufficient to cover all health and social aspects affected by these injuries. **Objective:** to report the interdisciplinary joint work between Physiotherapy and Psychology, developed through quality of life (QOL) groups for RSI/WMSD patients, at the Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (Worker's Health Reference Center) in Guarulhos, São Paulo, Brazil. **Methods:** we analyzed the QOLs groups reports from 2009 to 2014, and the recordings of the two most recent groups meetings. **Discussion:** the RSI/WMSD patients' personal and professional identities were affected by their falling ill, the disease invisibility, the long periods of treatment and consequent absences from work, as well as by the social exclusion resulting from all these situations. The QOL group provided the sick workers with a space for reflection and socialization, and helped them recover their identity and citizenship. Physiotherapy and Psychology interdisciplinary joint work carried out in the groups was essential to face the RSI/WMSD complexity and its multiple factors. It also contributed to broaden the physiotherapists' and psychologists' visions and experiences, supplying them with the needed tools to pursue a more integrated and humanized approach towards sick workers.

**Keywords:** quality of life; occupational health; cumulative trauma injuries; occupational low back pain.

Recebido: 30/06/2017

Revisado: 10/05/2018

Aprovado: 28/05/2018

## Introdução

O Centro de Referência de Saúde do Trabalhador de Guarulhos (Cerest-Guarulhos) tem abrangência regional e inclui, além desse município, a região do Alto Tietê (Arujá, Biritiba Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel e Suzano), com uma área territorial de 2.839 km<sup>2</sup> e, aproximadamente, 2.306.607 milhões de habitantes<sup>1</sup>.

As Lesões por Esforços Repetitivos e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) são consideradas mundialmente como um grande e complexo problema de saúde pública e um dos maiores na área de Saúde do Trabalhador<sup>2-4</sup>. Esses agravos representam aproximadamente 70% dos atendimentos realizados no serviço, conforme dados obtidos por meio do Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho (RAAT) no período de 2005 a 2015, constantes do Banco de Dados do Núcleo de Epidemiologia do Cerest-Guarulhos.

Para atender essa demanda, surgiu, em 2005, a proposta de atendimento em grupo para pacientes com LER/DORT, adotando-se como modelo trabalhos já realizados em outros Cerest, especialmente no município de São Paulo. O foco principal desse modelo de atenção é o atendimento integral do trabalhador adoecido, por meio de uma atuação interdisciplinar, cuja abordagem considere a repercussão deste conjunto de doenças na vida familiar, laboral, social e afetiva do indivíduo<sup>5,6</sup>.

Os Grupos de Qualidade de Vida (GQV) tiveram início na década de 1990, a partir de uma iniciativa de profissionais do Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte (PST-ZN), da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo e de alguns Cerest da Prefeitura de São Paulo<sup>7</sup>. Desde então, várias experiências com atividades em grupos, complementando os procedimentos terapêuticos realizados em trabalhadores com LER/DORT, têm sido desenvolvidas por outros Cerest, demonstrando bons resultados<sup>7,8</sup>.

No Cerest-Guarulhos, inicialmente, as intervenções grupais com os trabalhadores acometidos por LER/DORT eram realizadas separadamente pela psicóloga e pela fisioterapeuta. Porém, no decorrer da experiência adquirida, foi possível constatar que, com esse tipo de abordagem, reforçava-se a ideia de fragmentação do indivíduo ao invés de abordá-lo em sua plenitude. Assim, optou-se pelo atendimento interdisciplinar nos grupos, com a atuação integrada desses profissionais, sendo notável o favorecimento na melhora da percepção do paciente sobre a unidade corpo-mente e, conseqüentemente, sobre o processo de adoecimento e recuperação.

Um dos princípios que norteou a decisão em mudar o formato dos grupos foi o reconhecimento da importância da abordagem biopsicossocial, cujas evidências têm mostrado maior eficácia em relação à abordagem biomédica tradicional, focada exclusivamente nos sintomas da doença, especialmente na esfera física<sup>9</sup>. Segundo Gatchel<sup>10</sup>, qualquer modelo de tratamento ou prevenção para os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho que enfatize apenas uma dimensão, excluindo ou desconsiderando as demais dimensões que interagem entre si no desenvolvimento deste grupo de agravos, será, inevitavelmente, ineficaz.

Dessa forma, o tratamento dos pacientes acometidos por esses agravos requer uma abordagem interdisciplinar, por meio da atuação integrada de profissionais de diferentes áreas, cujo objetivo principal seja explorar as potencialidades remanescentes, a melhora da qualidade de vida e da capacidade funcional, e não apenas o alívio da dor, como ocorre nos modelos tradicionais de reabilitação de trabalhadores<sup>2,4,9,11,12</sup>.

Em seu artigo de revisão sobre tratamentos fisioterapêuticos para pacientes com LER/DORT, Ikari et al.<sup>13</sup> observaram a presença frequente da multidisciplinaridade entre os diversos tipos de intervenção, principalmente entre medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, educação física e psicologia.

As atividades em grupo auxiliam os trabalhadores acometidos a lidar de forma mais autônoma com o seu quadro clínico e com as limitações impostas pela doença, buscando adaptações em sua forma de trabalhar e de realizar as atividades de vida diária, a fim de amenizar o sofrimento advindo da doença e a ideologia de culpabilização que repercute nesses trabalhadores<sup>5,8</sup>. As vivências grupais permitem ao trabalhador transformar percepções individuais em percepções coletivas, auxiliando no estabelecimento de relações do seu próprio adoecimento com o processo de trabalho, de forma a fomentar a consciência crítica dos trabalhadores e a adoção de ações transformadoras dos ambientes de trabalho e da realidade social, representando um espaço de socialização e de reconstrução de sua cidadania, que motiva a superação da problemática e favorece o retorno ao trabalho<sup>6-8,14</sup>.

Segundo Merlo, Jacques e Hoefel<sup>5</sup>, são necessárias produções teóricas que apresentem, sistematizem e fundamentem propostas de intervenção para os trabalhadores com LER/DORT. Dessa forma, este manuscrito tem por objetivo relatar o trabalho conjunto interdisciplinar entre Fisioterapia e Psicologia, desenvolvido por meio de grupos de qualidade de vida (GQV) para pacientes com LER/DORT atendidos no Centro de Referência de Saúde do Trabalhador de Guarulhos/SP, com o propósito de socializar essa prática, contribuindo para o seu fortalecimento e replicação em outros serviços de saúde.

## Métodos

Para a realização deste relato de experiência foi firmado um Termo de Cooperação Técnica entre o Cerest-Guarulhos e a Fundacentro, para que pesquisadoras desta instituição colaborassem para a análise, discussão e reflexão acerca do trabalho desenvolvido nos GQV pela fisioterapeuta e pela psicóloga do Cerest, autoras deste manuscrito.

Para tal, foram compilados os relatórios de encerramento dos grupos elaborados pela fisioterapeuta e psicóloga no período de 2009 a 2014, no qual atuaram simultaneamente, constando autoavaliações e relatos dos pacientes, além dos Relatórios de Atendimento ao Acidentado do Trabalho (RAAT), com dados sociodemográficos e caracterização dos participantes. Foram feitas gravações das falas de dezenove encontros dos dois últimos GQV, ambos iniciados em 28/08/14, autorizadas pelos participantes, os quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As transcrições dos encontros foram analisadas mediante procedimentos de análise de conteúdos<sup>15</sup>, buscando-se compreender como os trabalhadores encaravam o próprio adoecimento e quais as implicações emocionais que essa compreensão gerava no seu caminho de recuperação. Para as discussões e reflexões sobre a evolução dos grupos e estruturação deste estudo, foram realizadas reuniões entre as profissionais do Cerest e as pesquisadoras da Fundacentro.

Este relato de experiência se deu no âmbito de um projeto maior, de caráter multicêntrico, envolvendo outros Cerest de São Paulo, coordenado por professores do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – IPUSP, aprovado em 09/09/2014, sob o número 783.438.

## O trabalho desenvolvido

### Estruturação dos grupos

O GQV é um grupo psicoeducativo interdisciplinar contendo, em sua proposta inicial, 24 encontros divididos em uma sessão semanal, com duração de duas horas, sendo 40 minutos de terapia física, uma hora para a intervenção psicoeducativa e 20 minutos para as oficinas de artesanato.

Os pacientes são encaminhados pelos médicos do trabalho do Cerest e avaliados individualmente pela psicóloga e pela fisioterapeuta. Aqueles que apresentem diagnóstico de LER/DORT e que não possuam nenhum transtorno mental grave ou comprometimento físico que impeça a terapia grupal são convidados a participar dos GQV, formados por 5 a 20 participantes, de ambos os sexos, com idade mínima de 18 anos.

### Terapia física

Nas sessões de terapia física, coordenadas pela fisioterapeuta, com participação simultânea da psicóloga, busca-se incentivar a mudança de comportamento dos trabalhadores adoecidos e a autogestão da doença por meio da adoção de uma postura ativa diante do tratamento e de estratégias de enfrentamento da dor e de outros aspectos impactados pela doença. Durante as sessões estimula-se a melhora do condicionamento físico e da consciência corporal, o autocuidado e a diminuição da cinesiofobia (medo excessivo do movimento), respeitando-se as limitações individuais de cada integrante. São aplicados exercícios e atividades específicas para reeducação postural, mobilização articular global, conscientização respiratória, alongamentos, fortalecimento muscular, automassagem e dinâmicas com dança, associando-se a palestras educativas sobre a doença, como fatores de risco ocupacionais, formas de lidar com as limitações impostas pela doença, prevenção e tratamentos, além de orientações sobre proteção articular, postura, atividades laborais e de vida diárias.

Um dos recursos utilizados regularmente nas sessões de terapia física é o “Lian Gong em 18 terapias”, uma ginástica terapêutica chinesa, cujo objetivo é diminuir as tensões musculares, alongar os tendões, mobilizar as articulações, melhorar a postura, a coordenação motora e a percepção corporal<sup>16</sup>. O Lian Gong é uma das terapias complementares reconhecidas e preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, além de ter sido incluída, pelo Ministério da Saúde, desde 2006, como uma das práticas integrativas e complementares autorizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, como prática de prevenção, promoção e reabilitação em saúde<sup>17,18</sup>.

Em estudo realizado por Korelo et al.<sup>19</sup>, cujo objetivo foi avaliar a efetividade de um programa cinesioterapêutico em grupo associado a orientações posturais para pacientes com lombalgia crônica, observou-se diminuição do quadro algico e melhora da capacidade funcional após a intervenção, o que, segundo os autores, pode ter sido em função das orientações posturais, que favoreceram o replanejamento de atividades e a mudança de hábitos ou devido ao treinamento físico realizado durante o período de intervenção.

A utilização de grupos terapêuticos para pacientes com dor crônica promove bons resultados para o controle da dor e capacidade funcional, além de estimular a autogestão da doença<sup>20</sup>. Segundo Korelo et al.<sup>19</sup>, os programas educativos e incentivadores do autocuidado e da autogestão são mais eficazes do que os programas terapêuticos convencionais.

O tratamento do paciente com lombalgia crônica deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar que o estimule a desenvolver sistematicamente habilidades de autorregulação necessárias para a transição de reabilitação para a adoção de um estilo de vida ativo e independente, adicionando sistematicamente atividades específicas ao plano diário ou semanal e o acompanhamento regular deve favorecer a manutenção, em longo prazo, da mudança de comportamento<sup>21</sup>.

De acordo com Mendes<sup>22</sup>, no grupo é possível estabelecer uma relação de maior proximidade com os pacientes. Além disso, o aprendizado e a apropriação dos exercícios terapêuticos pelos pacientes que passaram pela intervenção grupal propiciaram maior envolvimento com o tratamento.

### ***Intervenção psicoeducativa***

Após a terapia física, é realizada a intervenção psicoeducativa interdisciplinar, coordenada pela psicóloga, mantendo-se a participação conjunta com a fisioterapeuta, onde se utiliza material informativo, técnicas projetivas e estórias, para o desenvolvimento de temas como: as dimensões psicossociais do trabalho, relação saúde/doença relacionada ao trabalho, repercussões da doença na vida social e afetiva, reflexões sobre perdas e ganhos, autoestima, autoimagem, perspectivas para o futuro, fisiopatologia e aspectos psicológicos da dor crônica, técnicas de relaxamento para o alívio da dor e melhora da qualidade do sono.

De acordo com Jacques<sup>23</sup>, os aspectos emocionais acompanham toda manifestação de agravos físicos de origem orgânica ou psíquica. No caso das LER/DORT, observa-se a ocorrência de sintomas psíquicos, geralmente de natureza depressiva, justificando-se o acompanhamento psicológico simultaneamente à terapia física.

A proposta metodológica dos grupos é a utilização de técnicas projetivas e estórias que conduzem a “ideia central” de cada temática dos encontros, a fim de fomentar a reflexão individual e a comunicação no grupo, desencadeando a discussão dos conteúdos, além de facilitar a expressão das angústias, temores, crenças e sentimentos relacionados ao adoecimento, auxiliando-os a adquirir consciência e autocontrole sobre os mesmos<sup>24,25</sup>.

As estórias, como forma de acessar o conteúdo inconsciente do participante, são utilizadas para favorecer e melhorar a comunicação entre este e o terapeuta. Ao facilitar o processo de elaboração, as estórias auxiliam o mesmo a entrar em contato com suas angústias, de forma a ajudá-lo, por meio do imaginário, a realizar um percurso de retorno a si próprio. Mediante a metáfora, o participante consegue

aprender o que estiver ao seu alcance, de acordo com seu tempo interior<sup>24</sup>.

As estórias utilizadas nos grupos são extraídas da internet, livros e revistas de fábulas e contos, as quais, muitas vezes, são de autores desconhecidos. Servem para promover a reflexão e elaboração de sentimentos como de inutilidade, incapacidade, baixa autoestima, entre outros que acompanham o adoecimento pelas LER/DORT.

Outra técnica utilizada é o “Retrato da Dor”, um recurso projetivo criado por especialistas em dor crônica, que ajuda o paciente a identificar a percepção que ele tem de sua dor e do sofrimento associado a ela<sup>25</sup>. Segundo Loduca et al.<sup>26</sup>, a dor crônica provoca impactos na vida do indivíduo em vários aspectos, trazendo grande sofrimento e perdas ao mesmo. O terapeuta que lida com esses pacientes deve, portanto, compreender esses impactos e voltar sua atenção para ajudá-los a reconhecer a dor crônica e adaptar-se às suas limitações, auxiliando-os a ressignificá-la.

Como mais um recurso para ajudar o paciente a controlar a dor, é utilizada uma adaptação da “Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson”, método que possui uma orientação mais fisiológica do que psicológica, porém, ao favorecer o aprendizado e o reconhecimento de suas percepções cines-tésicas, auxilia o paciente a reconhecer e controlar suas tensões musculares, diminuindo-as, levando assim, a um relaxamento psíquico<sup>27</sup>.

No decorrer dos encontros, outros profissionais da equipe eram convidados a ministrar palestras sobre: Previdência Social e Direitos Trabalhistas (assistente social), Hipertensão e Diabetes (enfermeira) e Saúde Bucal (dentista).

### ***Artesanato***

Ao término da intervenção psicoeducativa, os participantes são encaminhados às oficinas de artesanato, introduzidas a partir de 2013 e coordenadas por um grupo de voluntárias da Capelania Evangélica. Esta foi uma experiência muito exitosa, pois houve grande adesão dos participantes, representando mais um espaço que favoreceu a socialização e maior integração entre os membros do grupo.

### ***Caracterização dos participantes***

Os dados aqui apresentados referem-se à experiência de seis anos de realização dos GQV no Cerest-Guarulhos. No período de 2009 a 2014, foram convidados para participação nos grupos 612 trabalhadores com diagnóstico de LER/DORT, dos quais 334 participaram dos primeiros encontros. Desse total, 299 aderiram à proposta e deram

continuidade. As 35 desistências que ocorreram ao longo dos encontros foram devido a vários fatores, como retorno ao trabalho, dificuldades de deslocamento por problemas financeiros, cirurgias e problemas pessoais.

A **Tabela 1** apresenta as características dos participantes que aderiram à proposta dos GQV, no referido período, em relação ao gênero, faixa etária, vínculo empregatício, tempo de afastamento, ramo de atividade e diagnóstico.

**Tabela 1** Caracterização dos participantes dos “Grupos Qualidade de Vida” realizados no Cerest Regional de Guarulhos, no período de 2009 a 2014

	<i>N (total = 299)</i>	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	163	54,85
Masculino	136	45,15
<b>Faixa etária</b>		
18 a 35 anos	56	18,73
36 a 50 anos	167	55,85
51 a 60 anos	68	22,74
Acima de 60 anos	08	2,68
<b>Vínculo Empregatício</b>		
CLT	258	86,29
Autônomo	16	5,35
Desempregado	15	5,02
Empregado sem Registro	06	2,01
Funcionário Público	02	0,67
Cooperado	01	0,33
Aposentado	01	0,33
<b>Tempo de afastamento</b>		
> 30 dias	73	24,42
1 a 15 dias	39	13,04
16 a 30 dias	22	7,36
Sem Afastamento	165	55,18
<b>Emissão de CAT*</b>		
Sim	82	31,78
Não	176	68,22
<b>Ramo de atividade</b>		
Serviço Doméstico	04	1,34
Administração Pública	12	4,01
Comércio	39	13,04
Indústria	81	27,09
Serviços	163	54,52
<b>Diagnósticos mais frequentes (CID**)</b>		
M54 – Dorsalgia	78	26,09
M65 – Sinovite e tenossinovite	57	19,06
M51 – Outros transtornos dos discos intervertebrais	30	10,03
M75 – Lesões do ombro	30	10,03
M77 – Outras entesopatias	13	4,35
M56 – Mononeuropatias dos MMSS	12	4,01
M79 – Outros transtornos dos tecidos moles	11	3,68
M17 – Gonartrose	05	1,67
M50 – Transtornos dos discos cervicais	04	1,34
M71 – Outras bursopatias	04	1,34
Outros -	55	18,40

\*CAT: Comunicação de Acidente de Trabalho

\*\*CID-10: Classificação Internacional de Doenças (10ª revisão)

Fonte: RAAT (Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho). Consulta em 05/11/2015, Núcleo de Epidemiologia – Cerest-Guarulhos.

A média de idade dos trabalhadores que aderiram à proposta dos GQV foi de 43 anos, corroborando com vários estudos que demonstram que esse grupo de afecções acomete principalmente trabalhadores que estão no auge de sua capacidade produtiva, sendo responsável pela maior parte dos afastamentos do trabalho, devido à incapacidade temporária ou permanente, com prejuízo para os sistemas de saúde e de seguridade social<sup>2-4,28</sup>.

Além disso, houve destaque para os trabalhadores acima de 50 anos, com percentual de 25,42%, cujo adoecimento oferece dificuldade ainda maior para a reinserção no mercado de trabalho. Quanto ao ramo de atividade, houve predomínio da área de serviços (54,52%), seguida pelo setor industrial (27,09%) e comércio (13,04%).

Dos 258 participantes com vínculo celetista, 68,22% não tinham registro de CAT, em sua maioria devido à dificuldade das LER/DORT serem reconhecidas como doenças relacionadas ao trabalho, seja por parte do empregador, do perito ou até dos profissionais de saúde, o que acarreta a perda de benefícios previdenciários e direitos trabalhistas. Além disso, 55,18% não estavam afastados de suas atividades profissionais, dificultando ainda mais o processo de recuperação.

Entre os 10 principais diagnósticos dos participantes, destacam-se as afecções da coluna vertebral (37,46%), seguidas pelas sinovites e tenossinovites (19,06%).

## Análise sobre o trabalho desenvolvido

De modo geral, a maioria dos trabalhadores quando chega ao Cerest já passou por um longo processo de procura por vários serviços de saúde, apresentando frustrações e incertezas quanto ao seu tratamento, além de inúmeras dúvidas sobre questões trabalhistas. Os trabalhadores com LER/DORT enfrentam um verdadeiro calvário a partir dos primeiros sintomas, devido às inúmeras consultas médicas, exames, tratamentos, afastamentos do trabalho e perícias médicas, realidade ainda agravada pelas limitações que lhe são impostas, as quais extrapolam a esfera laboral e pela invisibilidade da doença, principalmente a dor constante e refratária aos diversos tratamentos, desencadeando um intenso sofrimento psíquico<sup>14,29,30</sup>.

As manifestações de ordem psíquica que acometem os pacientes com LER/DORT retroalimentam a dor, a qual, agravada, pode piorar os sintomas psíquicos, gerando, desse modo, um quadro vicioso de dor e sofrimento mental que interfere de forma negativa na vida familiar, social e profissional dos mesmos<sup>31</sup>.

Observamos que os participantes chegam aos grupos descrentes do tratamento, desacreditados por seus familiares e amigos e abalados emocionalmente, o que contribui para o agravamento dos seus sintomas.

*A pedra que eu carrego é o peso da dor, das limitações, da angústia que dá. Você se sente limitada, presa. Eu sou uma pessoa muito alegre e a minha alegria está indo embora...*(trabalhador 1)

*Eu tenho dor do pé à cabeça. O meu sofrimento maior é que a minha família não entende... passa marido, passa filho e ninguém pergunta o que você está sentindo...você precisa de ajuda? Você precisa de alguma coisa?...* (trabalhador 2)

*A minha vida está bagunçada. Misturou não só a doença, mas o sentimental e o financeiro. Eu não estou tendo ajuda da família. A família só está condenando. Tudo o que eu falo é errado, não tem mais valor. Quando eu estava na ativa, bem, estava todo mundo agradando. Agora, não tenho mais valor...* (trabalhador 3)

De acordo com Nunes e Mendes<sup>32</sup>, os obstáculos encontrados pelos trabalhadores adoecidos são fruto de um sistema que é, na realidade, apenas supostamente constituído para auxiliá-los, pois as principais dificuldades relatadas por eles giram em torno do reconhecimento da doença como decorrente de seu trabalho, conduzindo-os por um caminho tortuoso, onde se deparam com situações de humilhação, desrespeito e lutas.

*O patrão não dá valor, depois da cirurgia, eu fui mandada embora, porque eles achavam que eu não ia servir mais...* (trabalhador 4)

Observamos ainda que muitos participantes apresentavam cinesiofobia, que é o medo de realizar qualquer movimento durante a prática dos exercícios terapêuticos, acreditando que o movimento possa prejudicar ainda mais seu quadro. Possuem em geral pouquíssima consciência corporal, sendo a maioria sedentária e demonstram grande dificuldade para elaborar e expressar seus sentimentos.

Foi possível constatar, no decorrer dos grupos, a grande vulnerabilidade social dos participantes, uma vez que, em sua maioria, independente do gênero, são os principais provedores do lar, apresentando histórias de vida muito semelhantes, como relatos de extrema pobreza e trabalhos pesados desde a infância. A maioria possui baixa escolaridade e baixa qualificação profissional; realizam atividades com grande exigência física e pouco controle das tarefas, apresentando um sofrimento que vai além do físico, mas perpassa pelo emocional, pelo social e pelo ambiente no qual estão inseridos.

De acordo com Tavares et al.<sup>33</sup>, o grupo representa um espaço de acolhimento para a dor e sofrimento relatados pelos participantes, assumindo sentidos que

vão além do terapêutico, como a promoção do lazer e da socialização. Nos grupos, percebe-se que os participantes se sentem acolhidos e identificam-se uns com os outros, devido à semelhança dos seus sintomas e trajetórias. Por considerarem-se compreendidos e respeitados, ficou mais fácil expressar seus sentimentos e falar sobre suas dores, limitações, medos, angústias, frustrações e expectativas. Muitos tornaram-se amigos no decorrer dos encontros e esse relacionamento estendeu-se para além do espaço grupal.

Durante os encontros procura-se oferecer aos participantes uma melhor compreensão sobre o fenômeno doloroso e sobre todo o processo de adoecimento, fornecendo subsídios para que ampliem sua percepção corporal e capacidade física, reorganizem suas atividades de vida diárias e procurem momentos de distração e lazer, para auxiliar no controle da dor e do estresse. Os participantes são encorajados a buscar recursos de enfrentamento e autocontrole, a fim de reduzir o uso inadequado de medicamentos e diminuir a dependência do sistema de saúde, favorecendo, assim, sua recuperação e reinserção no mercado de trabalho. Além disso, são estimulados a redimensionar sua história de vida, diminuindo a ênfase na doença, e a buscar alternativas e saídas para os problemas enfrentados de forma a reencontrar uma nova perspectiva de vida.

De acordo com Bechelli e Santos<sup>34</sup>, a intervenção grupal rompe com a forma convencional de atendimento centrada na figura do terapeuta, auxiliando os participantes a assumirem uma atitude ativa no processo terapêutico e a se tornarem agentes de sua própria recuperação.

Um dos grandes desafios na condução dos grupos foi reverter o discurso de autoculpabilização expresso pelos participantes, assim como é descrito em outros estudos sobre intervenção grupal para trabalhadores com LER/DORT<sup>7,8,14</sup>. Alguns relatos dos participantes demonstram esse sentimento de culpa pelo adoecimento:

*Se eu tivesse saído da empresa antes do meu problema se agravar, eu não teria ficado assim. Eu fui empurrando com a barriga porque eu tinha que pagar meu carro. (trabalhador 5)*

*A gente vai tomando dipirona, voltarem, a dor diminui um pouco e a gente vai levando. Teve um dia que eu não aguentava de dor e fui até o hospital, mas o médico só passa uma injeção e te dá alta. Fazer o quê? A gente tem que trabalhar... (trabalhador 6)*

A maioria dos trabalhadores com LER/DORT tende a adotar uma lógica de raciocínio monocausal para explicar a etiologia do agravo. Assim, abordar as múltiplas causas das LER/DORT é debater a relação que os trabalhadores mantinham com o seu trabalho, o que exige que reflitam sobre si mesmos e se revejam

no mundo, sendo capazes de compreender não só a ocorrência do agravo, mas também uma condição de trabalho que não é apenas individual, mas algo que faz parte de toda a sociedade. Isto requer deles uma profunda reflexão, necessitando de um longo processo de aprendizagem para uma nova visão de mundo<sup>7</sup>.

O conhecimento e a compreensão do processo de adoecimento, por meio das ações psicoeducativas e das práticas corporais, ajudam os participantes a mudar a forma como se veem e se relacionam com sua doença e a lidar com as limitações que lhes são impostas, contribuindo para a adoção de uma atitude proativa, por intermédio da autogestão da doença e de sua recuperação.

Ao longo dos encontros, o paciente consegue apropriar-se de seu sofrimento e, elaborando-o por meio de um novo olhar, é movido a superar suas dificuldades e angústias, tornando-se resiliente em seu processo de adoecimento. Aqui, a palavra resiliência é utilizada como a capacidade que o indivíduo possui de “dar a volta por cima”, ou seja, de desenvolver-se positivamente apesar do estresse ou de um problema que normalmente resultaria em uma saída negativa<sup>35</sup>.

Assim, apesar de todos os percalços encontrados em sua trajetória de busca pelo tratamento e alívio da dor, altas da previdência social, falta de apoio da empresa, dos amigos e familiares, é possível observar que, por meio da vivência grupal, com a expressão e reelaboração de seu sofrimento, esses indivíduos vão se empoderando e, aos poucos, descobrem que são capazes de superar os inúmeros obstáculos encontrados, tornando-se, inclusive, multiplicadores das informações obtidas.

Em seu estudo sobre tratamento cinesioterapêutico em grupo, Mendes e Lancman<sup>36</sup> constataram que as dinâmicas grupais possibilitavam, entre os seus participantes, uma relação interpessoal que os estimulava na execução dos exercícios e que facilitou uma tomada de consciência sobre o adoecimento e o processo de recuperação, além de uma nova compreensão sobre seu estado de saúde, levando a uma reorganização de suas emoções e das formas de conviver com as limitações, mesmo não se percebendo uma melhora funcional relevante. Segundo esses autores, as dinâmicas com estórias podem ser incorporadas na prática clínica dos fisioterapeutas como uma estratégia para estreitar a relação terapeuta-paciente e potencializar os resultados dos tratamentos.

Nesta experiência foi possível constatar que as intervenções psicológica e fisioterapêutica realizadas, simultaneamente, propiciam uma evolução mais rápida e concreta no quadro clínico apresentado pelos trabalhadores com LER/DORT. Embora muitas vezes não tenha sido possível observar melhora significativa na dimensão física, nas falas dos participantes dos grupos era notória a percepção de melhora da funcionalidade,

na qualidade do sono e na forma de lidar com a doença, como o autocontrole da dor e a redução do uso excessivo de medicamentos, além de vários aspectos emocionais, como a autoestima, a motivação, o humor, os relacionamentos interpessoais, entre outros.

*O grupo ajudou-me a ter uma visão mais ampla da vida. Através do grupo, recuperei minha autoestima, pois agora tenho mais ânimo, mais vontade de aproveitar o meu tempo com as pessoas que amo e, melhor, não sinto mais medo de retornar ao trabalho. (trabalhador 7)*

*Eu estava totalmente travada, comecei a me exercitar aqui e me empolguei em casa. Comecei a fazer os exercícios com um grupo de Tai Chi Chuan da 3ª idade e então percebo o quanto dá diferença quando não faço. (trabalhador 8)*

De modo geral, independentemente do modelo teórico adotado pelo profissional, torna-se necessário ampliar a compreensão do processo de adoecimento e a conscientização de que os diferentes fatores culturais e sociais influenciam o corpo biológico, de tal forma que os sentimentos, as experiências e a história de cada indivíduo são aspectos que devem ser considerados nas diversas estratégias de intervenção<sup>37</sup>.

Segundo Hoefel et al.<sup>6</sup>, todo trabalho desenvolvido em grupo pode apresentar uma evolução descontínua, sendo comuns situações de crise, abandono por alguns participantes e períodos de inércia e passividade, fato também observado durante esse período de experiência com os GQV no Cerest-Guarulhos, motivo pelo qual essa prática tenha sido uma construção cotidiana, que foi se moldando e se modificando de acordo com as demandas dos participantes ao longo dos encontros.

Uma das maiores limitações encontradas nos grupos foi a ausência de um programa conjunto e efetivo de reabilitação profissional e o acompanhamento dos trabalhadores por um determinado período após o término da intervenção, para que se pudesse observar os seus resultados, a longo prazo. Uma vez que a maioria dos participantes era representada por trabalhadores formais, acredita-se que a integração entre Previdência Social, empregadores e Cerest seja fundamental para a adequada reinserção do trabalhador reabilitado no mercado de trabalho.

Um fato que merece atenção é o pequeno número de trabalhadores informais ou autônomos que participaram dos grupos e que chegam até o Cerest-Guarulhos, o que demonstra a provável subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho, especialmente nessa população e sua maior vulnerabilidade, sendo necessárias ações integradas pelos diversos atores no campo da Saúde do Trabalhador, para mudar esse cenário e garantir que os mesmos

também tenham acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação de sua saúde.

## Considerações finais

Embora a manutenção da assistência nos Cerest seja ainda um tema de grande discussão e controvérsia na área de Saúde do Trabalhador, observamos, por meio de nossa experiência com a intervenção grupal, como é importante manter essa ação devido à lacuna que ainda existe na rede pública e privada de saúde, no que se refere à especificidade exigida no acolhimento e acompanhamento dos trabalhadores acidentados ou adoecidos pelo trabalho.

Consideramos que o apoio matricial deve ser realizado continuamente pelas equipes dos Cerest espalhados pelo país, de forma a capacitar os profissionais da rede, em todos os níveis de atenção, para o adequado acolhimento e assistência integral aos trabalhadores, independente do vínculo empregatício, incluindo a notificação dos agravos relacionados ao trabalho e todos os desdobramentos que se fizerem necessários, a fim de evitar o intenso sofrimento e desgaste físico e mental que a maioria dos trabalhadores adoecidos relatam ao procurar os serviços de saúde, garantindo, assim, o diagnóstico e tratamento precoces.

Uma vez que as identidades pessoais e profissionais ficam abaladas com o adoecimento, a invisibilidade da doença, os longos períodos de tratamento e afastamento do trabalho e com a exclusão social, impostos pelas LER/DORT, considera-se que o grupo propicia um espaço de reflexão e socialização, representando um novo grupo de referência para os trabalhadores adoecidos, que os auxilia no resgate da identidade e da cidadania.

O atendimento isolado dos pacientes com LER/DORT por profissionais de diferentes áreas é insuficiente para contemplar todos os aspectos afetados, de forma integrada e eficiente. Assim, a atuação conjunta da Fisioterapia e da Psicologia, com uma abordagem interdisciplinar, incluindo-se também, sempre que possível, outras especialidades, é fundamental devido à complexidade e à multifatorialidade desses agravos.

De modo geral, a vivência grupal e a troca de saberes aperfeiçoam e ampliam a visão e a experiência dos profissionais que atuam nos grupos para trabalhadores com LER/DORT, instrumentalizando-os para um olhar mais integrado e humanizado para o trabalhador adoecido.

Além disso, é importante ressaltar que a reabilitação física e psicossocial também deve estar entremeadada com as ações de vigilância e reabilitação profissional, de forma a garantir o retorno efetivo e sustentado ao trabalho.



## Agradecimentos

À Walquíria de Cerqueira Costa Kasaz, coordenadora do Cerest Guarulhos, pelo apoio fundamental e incentivo para a realização deste trabalho; às pesquisadoras da Fundacentro, Juliana Andrade Oliveira e Daniela Sanches Tavares, pela preciosa contribuição e parceria no seu desenvolvimento; à Leny Sato, professora titular do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, pelas orientações e cooperação técnica, e à Rosimeiry Rocha Pereira, enfermeira do Núcleo de Epidemiologia do Cerest Guarulhos, pelo auxílio no levantamento dos dados epidemiológicos.

## Contribuições de autoria

As autoras contribuíram igualmente no desenvolvimento do trabalho, no levantamento e na interpretação das informações, na elaboração do manuscrito e na aprovação da versão final publicada e assumem responsabilidade pública pelo seu conteúdo.

## Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010 [Internet]. 2011 [acesso em 2017 maio 2]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>
2. Barbosa MSA, Santos RM, Trezza MCSF. A vida do trabalhador antes e após a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT). *Rev Bras Enferm.* 2007;60(5):491-6.
3. Schneider E, Irastorza X. OSH in figures: work-related musculoskeletal disorders in the EU – facts and figures. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
4. Maeno M, organizador. Dor relacionada ao trabalho: Lesões por Esforços Repetitivos (LER): Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT): Protocolos de atenção integral à Saúde do Trabalhador de Complexidade Diferenciada [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [acesso em 2017 jun 2]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor\\_relacionada\\_trabalho\\_ler\\_dort.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor_relacionada_trabalho_ler_dort.pdf)
5. Merlo ARC, Jacques MGC, Hoefel MGL. Trabalho de grupo com portadores de LER/DORT: relato de experiência. *Psicol Reflex Crit.* 2001;14(1):253-8.
6. Hoefel MG, Jacques MG, Amazarray MR, Mendes JMR, Netz JA. Uma proposta em Saúde do Trabalhador com portadores de LER/DORT: grupos de ação solidária. *Cad Psicol Soc Trab.* 2004;7:31-9.
7. Sato L, Araújo MD, Udihara ML, Franco MAJ, Nicotera FN, Daldon MTB, et al. Atividade em grupo com portadores de L.E.R e achados sobre a dimensão psicossocial. *Rev Bras Saúde Ocup.* 1993;21(79):49-71.
8. Lima A, Oliveira, F. Abordagem psicossocial da LER: ideologia da culpabilização e grupos de qualidade de vida. In: Codo W, Almeida MCGG. LER: lesões por esforços repetitivos. Petrópolis: Vozes; 1995. p. 136-159.
9. Lima CQB, Tavares DS, Maeno M. (Org.). Proposta de diretrizes para uma política de reabilitação profissional. São Paulo: Fundacentro; 2013.
10. Gatchel RJ. Musculoskeletal disorders: primary and secondary interventions. *J Electromyogr Kinesiol.* 2004;14(1):161-70.
11. Oliveira RMR. A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT) no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
12. Lima MAG, Andrade AGM, Bulcão CMA, Mota EMCL, Magalhães FB, Carvalho RCP, et al. Programa de reabilitação de trabalhadores com LER/DORT do Cesat/Bahia: ativador de mudanças na Saúde do Trabalhador. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2010;35(121):112-121.
13. Ikari TE, Mantelli M, Corrêa Filho HR, Monteiro, MI. Tratamento de LER/DORT: intervenções fisioterápicas. *Rev Ciênc Méd.* 2007;16(4-6):233-243.
14. Chiesa AM, Garbin AC, Müller E, Lopes PS, Neves IR. As repercussões emocionais das LER/DORT no cotidiano do trabalhador: a invisibilidade ameaçadora. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2002;27(101-102):9-25.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
16. Lee ML, organizador. Lian Gong hou shi ba fa: Lian Gong em 18 terapias (anterior/posterior). São Paulo: Livramento; 2006.
17. Livramento G, Franco T, Livramento A. A ginástica terapêutica e preventiva chinesa Lian Gong/Qi

- Gong como um dos instrumentos na prevenção e reabilitação da LER/DORT. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2010;35(121):74-86.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitude de Ampliação de Acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
  19. Korelo RIG, Ragasson CAP, Lerner CE, Morais JC, Cossa JBN, Krauczuk C. Efeito de um programa cinesioterapêutico de grupo, aliado à escola de postura, na lombalgia crônica. *Fisioter Mov.* 2013;26(2):389-94.
  20. Roer NVD, Tulder MV, Barendse J, Knol D, Mechelen WV, Vet H. Intensive group training protocol versus guideline physiotherapy for patients with chronic low back pain: a randomised controlled trial. *Eur Spine J.* 2008;17:1193-200.
  21. Martins MRI, Foss MHD, Dos Santos Junior R, Zancheta M, Pires IC, Cunha AMR, et al. A eficácia da conduta do Grupo de Postura em pacientes com lombalgia crônica. *Rev Dor.* 2010;11(2):116-21.
  22. Mendes LF. A contribuição da fisioterapia em grupo na reabilitação de pacientes com LER/DORT [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
  23. Jacques MDAG. Abordagem interdisciplinar II: abordagem psicoterápica grupal. *Boletim da Saúde.* 2005;19(1).
  24. Hisada S. A utilização de histórias no processo psicoterápico: uma proposta Winnicottiana. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 1998.
  25. Loduca A, Müller B, Giglio M. Cartilha Retratos de Dor. São Paulo: Laboratório Farmacêutico Zodiac; 2010.
  26. Loduca A, Müller BM, Amaral R, Souza ACMS, Focosi AS, Samuelian C, et al. Retrato de dores crônicas: percepção da dor através do olhar dos sofredores. *Rev Dor.* 2014;15(1):30-5.
  27. Sandor P, organizador. Técnicas de Relaxamento. 4. ed. São Paulo: Vetor; 1982.
  28. Bültmann U, Franche RL, Hogg-Johnson S, Côté P, Lee H, Severin C, et al. Health status, work limitations, and return-to-work trajectories in injured workers with musculoskeletal disorders. *Qual Life Res.* 2007;16(7):1167-78.
  29. Merlo ARC, Vaz MA, Spode CB, Elbern JLG, Karkow ARM, Vieira PRB. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. *Psicol Soc.* 2003;15:117-36.
  30. Caetano VC, Cruz DT, Silva GA, Leite ICG, Carvalho SM. Processo saúde-doença: um estudo das representações sociais de trabalhadores com DORT. *Physis Rev Saúde Col.* 2012;22(3):1047-62.
  31. Salerno VL, Silvestre MP, Sabino MO. Interfaces LER/Saúde Mental: a experiência de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2011;36(123):128-38.
  32. Nunes EE, Mendes JMR. A trajetória do trabalhador portador de LER/DORT: afinal que caminho é esse? *Rev Virt Text Cont.* 2002;1:1-8.
  33. Tavares AA, Freitas LM, Silva FCM, Sampaio RF. (Re)Organização do cotidiano de indivíduos com doenças crônicas a partir da estratégia de grupo. *Cad Ter Ocup.* 2012;20(1):95-105.
  34. Bechelli LPC, Santos MA. Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. *Rev Latino Am Enferm.* 2002;10(3):383-91.
  35. Poletti R, Dobbs B. A resiliência: a arte de dar a volta por cima. Petrópolis: Vozes; 2007. (Coleção Práticas para o Bem Viver).
  36. Mendes LF, Lancman S. Reabilitação de pacientes com LER/DORT: contribuições da fisioterapia em grupo. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2010;35(121):23-32.
  37. Augusto VG, Sampaio RF, Tirado MGA, Mancini MC, Parreira VF. Um olhar sobre as LER/DORT no contexto clínico do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter.* 2008;12(1):49-56.