

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

AGIR ARTICULADO ENTRE ATENÇÃO, REABILITAÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR: A EXPERIÊNCIA DO CEREST-PIRACICABA ¹

Mara Alice B. Conti Takahashi²
Tatiana Thiago Mendes³
Daniela da Silva Rodrigues⁴
Ecléa Spiridião Bravo⁵
Angela Paula Simonelli⁶

RESUMO

A área de Saúde do Trabalhador é um conjunto de práticas sanitárias – assistência, reabilitação, vigilância, prevenção e promoção à saúde – que articuladas podem resultar, de forma eficaz, em atenção integral e intervenção no processo saúde-doença dos trabalhadores. Este artigo é um relato da experiência em andamento, desenvolvida pela Equipe Interdisciplinar de Reabilitação Profissional do CEREST-Piracicaba, por meio da caracterização dos aspectos constitutivos fundamentais de seu programa terapêutico para trabalhadores adoecidos por LER/DORT, dos métodos empregados, das estratégias de vigilância implementadas e dos resultados obtidos. Por fim, apresenta-se o caso emblemático de uma empresa do ramo alimentício, objeto da intervenção.

Palavras-Chave: Saúde do Trabalhador; Atenção Integral; Reabilitação Profissional; LER/DORT.

ABSTRACT

The Workers Health area is a set of sanitary practices – assistance, rehabilitation, surveillance, prevention and health promotion – which might, if integrated, result in an efficient form of integral action and intervention in the health-disease process of the workers. This article reports on an ongoing project developed by the Interdisciplinary Team of Professional Rehabilitation in CEREST-Piracicaba. Our aim is to characterize the fundamental constitutive aspects of its therapeutical for RSI / RMD stricken patients, the methods employed, the surveillance strategies developed and the results obtained. We finish by presenting the emblematic case of a food company subjected to intervention.

Keywords: Workers Health; Integral Attention; Professional Rehabilitation; RSI/RMD.

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba.

² Relato de experiência do CEREST-Piracicaba, 2002/2011; Socióloga do CEREST-Piracicaba; Supervisora da Equipe de Reabilitação Profissional; Dra. Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP; E-mail: maraconti_tak@yahoo.com.br.

³ Psicóloga do CEREST-Piracicaba; Pós-Graduação em Saúde e Trabalho pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina - USP; E-mail: tatianathiago@gmail.com.

⁴ Terapeuta Ocupacional do CEREST-Piracicaba, Mestranda em Ergonomia pelo Depto de Engenharia de Produção – UFSCAR; E-mail: danirodrigues.to@gmail.com.

⁵ Médica do CEREST-Piracicaba; Médica-Perita do INSS de Piracicaba; Especialista em Ergonomia pela UFMG-UNIMEP; Mestre em Educação pela Faculdade de Educação – UNIMEP; E-mail: eclabravo@yahoo.com.br.

⁶ Terapeuta Ocupacional do CEREST-Piracicaba (2007-2009), Professor Adjunto 2 do Depto de Terapia Ocupacional – UFPR. Dra. Em Ergonomia pelo Depto de Engenharia de Produção –UFSCAR; E-mail: angela@dep.ufscar.br.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

INTRODUÇÃO

A incorporação das ações de saúde dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde - SUS, conforme prescreveu a Constituição Federal de 1988 e as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, ocorreu na perspectiva do direito à saúde, enquanto parte de uma política social. (LACAZ, 2010)

Desde então se discute a necessidade de uma Política Nacional em Saúde do Trabalhador, que possa integrar os vários ministérios voltados a essa problemática: Ministério da Saúde (MS), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e Ministério da Previdência Social (MPS).

Após longos anos de discussão, finalmente, em sete de novembro de dois mil e onze foi assinado, pela Presidenta da República e os representantes das três pastas, o Decreto nº 7.602 que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador – PNST, que prevê, dentro dos pressupostos do SUS, as atribuições de cada ministério. Destaca-se aqui, a integração entre as vigilâncias à saúde do trabalhador como atribuição do MS e a realização da Reabilitação Profissional como atribuição do INSS/MPS.

Segundo Lacaz (2010), a dificuldade de se construir e praticar tal política se deu em razão dos interesses diferenciados, disputas de poder e formas distintas de atuar dos ministérios, o que impediu sua implantação e implementação. Como exemplo, o autor cita como cada um desses três órgãos demonstra visão distinta e constituem órgãos próprios com lógicas diferenciadas: no MS trata-se da Coordenação Geral da Saúde do Trabalhador (CGSAT), que pertence ao Departamento da Vigilância à Saúde Ambiental e do Trabalhador; no MTE é a Secretaria de Inspeção do Trabalho; e no MPS, Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011

Revista da RET

Rede de Estudos do Trabalho

www.estudosdotrabalho.org

No SUS, a área de Saúde do Trabalhador é um conjunto de práticas sanitárias que articula ações de assistência, reabilitação, vigilância, prevenção e promoção à saúde, e tem como especificidade a intervenção na relação processo saúde-doença dos trabalhadores.

Sua operacionalização se dá por meio de serviços municipais como os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) e Centros de Referências em Saúde do Trabalhador (CEREST). Organizados na forma de Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (RENAST), tem também o apoio técnico, legal e financeiro do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2011)

Aliada ao movimento sindical enfrenta duas ordens principais de obstáculos: (1) a fragmentação institucional entre áreas afins como a do Trabalho e a da Previdência Social, o que contribui para a ineficácia de uma política de Estado na intervenção preventiva nos determinantes dos agravos à saúde decorrentes dos processos patológicos de trabalho; (2) sofre pressões de políticas hegemônicas de setores capitalistas que estabelecem o controle gerencial interno das empresas sobre as questões que afetam a saúde e a segurança da classe trabalhadora. (SANCHES *et al.*, 2010)

Neste sentido, contrapõem-se aos tradicionais núcleos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, enquanto um movimento social e político contra-hegemônico a um paradigma fortemente marcado pela visão unicausal das doenças e agravos, associado ao avanço da atenção médica individual como prática de mercado e a serviços de medicina de grupo de empresas para controle e reprodução da força de trabalho, de acordo com os interesses do capital. (MACHADO, 1997)

As propostas de atuação do MPS em trabalho e saúde, historicamente, são pautadas nos princípios de seguradora social através do recolhimento do Seguro Acidente de Trabalho (SAT) pago pelas empresas, taxado de acordo com os riscos existentes em seu processo produtivo, sem nenhuma intenção prevencionista.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011

Revista da RET

Rede de Estudos do Trabalho

www.estudosdotrabalho.org

Essa postura do MPS tem sido duramente criticada pelos estudiosos da saúde do trabalhador e pelo movimento sindical. Como resultado, algumas mudanças tem-se processado, muito lentamente, ainda sem impacto nas condições de trabalho dos diversos setores produtivos formais.

Entre as mudanças importantes destacamos a implantação do Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP) e a não emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT para caracterização do benefício acidentário durante perícia médica. Como reflexo do NTEP, observou-se um aumento significativo da concessão do auxílio doença acidentário, mostrando o chamado Custo Brasil, os quais se relacionam ao pagamento de aposentadorias por incapacidade decorrente do trabalho inseguro e insalubre. Em 2008, estes atingiram cerca de R\$11,60 bilhões, que se somados às despesas operacionais do INSS e os custos da assistência prestada pelo SUS aos acidentados do trabalho, somariam R\$46 bilhões. (MPS, 2010, *apud* LACAZ, 2010)

O desafio para a implantação e implementação de uma PNST envolve uma questão complexa e de difícil concretização, tanto do ponto de vista político como técnico, apesar das diretrizes que podem direcionar sua formulação.

A alteração deste cenário depende da superação de velhas dicotomias entre as vigilâncias epidemiológica e sanitária, entre vigilância e assistência, entre práticas coletivas e individuais, ampliando os objetos de ação, os recursos mobilizados e o espaço de atuação para além dos limites do setor saúde. Como produto, almeja-se extinguir a naturalização social da ocorrência evitável de epidemias de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho. (VILELA *et al.*, 2009)

No âmbito dos serviços de Saúde do Trabalhador são raras as experiências que conseguem alcançar este status de atenção integral, articulando a assistência, a reabilitação aos diversos níveis de complexidade de uma atenção verdadeiramente integral - vigilância, prevenção, promoção à saúde dos trabalhadores associada à interinstitucionalidade.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

OBJETIVO

Este estudo relata o programa terapêutico de reabilitação profissional desenvolvido por equipe multidisciplinar do CEREST - Piracicaba, por meio da caracterização de seus aspectos constitutivos fundamentais e da lógica da sua intervenção. São descritos as várias fases da programação desenvolvida, os métodos empregados e os fundamentos teóricos que norteiam o equacionamento entre a situação/problema e a consecução dos objetivos pretendidos.

METODOLOGIA

O pressuposto teórico deste programa é o modelo social de incapacidade, concepção que reflete as transformações históricas, políticas e sociais das sociedades capitalistas ocidentais, ao longo dos últimos dois séculos, bem como, o acúmulo do conhecimento científico ordenador das idéias às práticas. Destes construtos paradigmáticos emanam as decisões das políticas públicas e da organização estatal dos serviços de atenção à população com incapacidades. (TAKAHASHI *et al.*, 2010a)

A concepção socioambiental norteadora deste programa entende a incapacidade como um fenômeno de relação que não se realiza num vácuo social, ao contrário, as determinações estruturais e sociometabólicas do capital são preponderantes no seu estabelecimento e superação. É a sociedade, com suas maneiras singulares de organizar a produção e o trabalho, que vai imprimir, nas relações sociais, as atitudes de acolhimento ou discriminação, e nas relações institucionais, o acesso a serviços públicos pautados pela proteção social ou pela segmentação da desvantagem e da exclusão. (TAKAHASHI, 2006)

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011

Revista da RET

Rede de Estudos do Trabalho

www.estudosdotrabalho.org

Nesta perspectiva, entende-se que no processo individual de incapacitação dos trabalhadores interagem os aspectos físicos, afetivos e sociais, demandando uma atenção terapêutica interdisciplinar, desenvolvida por uma equipe técnica composta de médico, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e socióloga.

Trata-se de uma construção desenvolvida na prática cotidiana de discussão dos casos, estabelecendo-se conexões recíprocas destes diferentes campos profissionais integrantes da equipe, articuladas estrategicamente para o enfrentamento da complexidade do objeto, cujo resultado é um saber disciplinar amalgamado e novo, mas que permanece no campo comum da Saúde do Trabalhador.

Os seus produtos expressam-se nas diferentes fases do processo de reabilitação profissional dos adoecidos: (1) na avaliação inicial da incapacidade, compreensiva e integral; (2) no desenvolvimento dos grupos interativos voltados para o resgate da capacidade de trabalho; (3) na avaliação final, após o término da programação, quando a equipe conclui pelo retorno ao trabalho ou pela sugestão de aposentadoria; e, finalmente, (4) quando se realiza em conjunto a avaliação técnica de compatibilidade da função de retorno ao trabalho.

A avaliação inicial da incapacidade se dá desde o momento em que o trabalhador é acolhido, em momentos distintos, por cada um dos profissionais da equipe, buscando-se levantar as informações acerca do histórico de adoecimento e possível nexos com a atividade, as repercussões da interrupção do trabalho para as diferentes esferas da vida do trabalhador, suas experiências relacionadas a vida profissional, suas expectativas em relação ao serviço. Além disso, a equipe busca acolher e oferecer esclarecimentos às dúvidas apresentadas, fornecer encaminhamentos para serviços auxiliares da rede de saúde do município, dentre outros.

Esta primeira avaliação é de extrema importância, uma vez que se traduz como um convite ao enfrentamento de etapas subsequentes que carregam em si, inúmeras

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011

Revista da RET

Rede de Estudos do Trabalho

www.estudosdotrabalho.org

dificuldades e incertezas. É o início de um processo complexo, uma vez que abarca expectativas individuais, organizacionais e sociais.

A segunda fase do programa de reabilitação refere-se a oferta e ao desenvolvimento de grupos interativos. Os trabalhadores elegíveis ao programa terapêutico de reabilitação profissional são convidados a participar dos grupos de apoio, de cinesioterapia, de psicologia e de terapia ocupacional. Esta última, além de oferecer a intervenção terapêutica também contribui para análise ergonômica de postos de trabalho, tal como será descrito posteriormente.

É relevante destacar que o desenvolvimento dos grupos terapêuticos possui como objetivo geral o resgate da capacidade física e/ou emocional para o trabalho e o empoderamento dos participantes na busca por condições de trabalho mais saudáveis. Em cada grupo há o estabelecimento de objetivos específicos articulados a proposta do programa de reabilitação profissional.

No grupo de apoio os trabalhadores são convidados a vivenciar atividades que contribuem para uma vivência de pertencimento a um coletivo e de compartilhamento de dúvidas e angústias inerentes ao início do processo terapêutico. Os integrantes são incentivados a desenvolver ou a aperfeiçoar a capacidade em solicitar ajuda, a construir sentimentos de solidariedade a partir do reconhecimento do não estar sozinho. (TAKAHASHI et. al, 2010b)

Nas atividades de cinesioterapia, desenvolvidas concomitantemente ao grupo de psicoterapia, são oferecidas atividades que objetivam auxiliar o participante a reconhecer as características do próprio corpo e compreender as sensações, as limitações e as causas da convivência com a dor, buscando-se o alívio da tensão muscular por meio de técnicas de relaxamento e de consciência corporal, o controle da dor, e práticas educativas que propiciem um modelo de capacidade voltado para o trabalho que englobe valores de qualidade de vida e respeito às diferenças individuais. O grupo tem a possibilidade de experienciar a

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011

Revista da RET

Rede de Estudos do Trabalho

www.estudosdotrabalho.org

potencialidade de fazer sozinho seus movimentos e sentir-se capaz frente as dificuldades do quadro de adoecimento. (TAKAHASHI et. al, 2010b)

No grupo de psicoterapia cada integrante tem a oportunidade de compartilhar sentimentos, resgatar papéis e experiências positivas anuladas pelo processo de afastamento do trabalho. A vivência subjetiva presente no processo saúde/doença ganha visibilidade e rompe-se com a concepção de que o sofrimento mental refere-se a questões individuais (KNOBEL, 1986). Nas atividades em grupo busca-se reconhecer a subjetividade do indivíduo em sua relação com o papel de sujeito trabalhador, compreender os significados que o sujeito confere a distintas experiências de trabalho considerando seus valores, história de vida, experiências e representações. (SUAYA, 2003)

Após a conclusão dos grupos terapêuticos são realizadas as avaliações para verificação do impacto da intervenção terapêutica para cada trabalhador e a partir do resultado, a equipe juntamente com o trabalhador conclui ou pelo retorno ao trabalho, ou pela necessidade de prorrogação do afastamento para manutenção do tratamento, ou ainda pela sugestão de aposentadoria. É a partir de uma aprovação conjunta que decorre a avaliação técnica de compatibilidade da função e intervenção nas empresas através do trabalho da terapeuta ocupacional.

Tal como visto, a área de atenção à saúde dos trabalhadores insere-se no campo das práticas em saúde coletiva. Com base no arcabouço teórico deste campo do conhecimento e militância histórica por cidadania e justiça social, a Equipe de Reabilitação Profissional reconhece o trabalho como um essencial operador de saúde mental, central na constituição do sujeito, pois permite a sua humanização, o seu lugar na esfera pública e a sua construção identitária. (MENDES, 2008)

A experiência de atendimentos grupais aos trabalhadores no CEREST – Piracicaba é um exemplo de busca de constantes adequações e aprimoramento das propostas terapêuticas que atendam de modo efetivo as necessidades dos usuários em situação de afastamento laboral. Isto porque há o entendimento de que o sofrimento físico e mental

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

relacionado ao trabalho se manifesta de distintas formas, variáveis contextos organizacionais e em diferentes categorias profissionais.

Uma das recentes intervenções utilizadas no Programa de Reabilitação Profissional no CEREST – Piracicaba é o método da História Vital do Trabalho (HVT) (SAUAYA, 2003). Trata-se de um dispositivo que tem por característica a intervenção psicossocial, uma vez que considera os aspectos da trajetória/vivência de trabalho e suas repercussões na vida psíquica e compreende o indivíduo como um sujeito detentor de uma saber social/histórico. A HVT propõe incentivar a narrativa do percurso de trabalho do sujeito-trabalhador, oferecendo a ele a possibilidade de atribuir sentidos às experiências passadas de trabalho e evocar um processo de subjetivação e re-significação do afastamento.

Verificou-se que a utilização deste método no grupo terapêutico possibilitou a alguns trabalhadores o acolhimento de medos e inseguranças, para outros houve a resignificação do processo de adoecimento, na medida em que contribuiu para amenizar os processos de identificação com o papel “doente-invalído”, favoreceu a vivência de sentimentos de solidariedade e coletividade, permitiu o compartilhamento e o resgate de vivências tidas como satisfatórias na vida laboral, a diminuição de sentimentos de tristeza e desvalia com o resgate dos conhecimentos e capacidades adquiridas a priori ao afastamento. Também foram verificadas legítimas tentativas de retomada da vida social buscando combater os sentimentos de solidão e isolamento que, via de regra, são mobilizados pela condição de afastamento do trabalho.

A intervenção da terapia ocupacional realizada em três níveis da atenção: (1) nas avaliações individuais iniciais para a identificação das limitações e das potencialidades dos pacientes para a realização das atividades de vida diária (AVD) e das atividades de vida prática (AVP), tais como as atividades de auto-cuidado, lazer e trabalho, orientando-as 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 sua capacidade pessoal à demanda das tarefas; (2) nas avaliações finais, após a participação nos grupos terapêuticos,

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

para compreender o progresso obtido no alinhamento entre a capacidade pessoal e as exigências das atividades cotidianas e (3) na execução das avaliações ergonômicas dos postos de trabalho nas empresas.

Outro aspecto constitutivo do programa é a intervenção nas empresas para a melhoria das condições laborais e a identificação de funções compatíveis às limitações dos trabalhadores reabilitandos.

No âmbito da assistência as ações do programa de reabilitação voltadas para a avaliação do ambiente de trabalho partem do pressuposto da Ergonomia da Atividade, cuja premissa é o olhar para a atividade dos trabalhadores em situações efetivas de trabalho, tanto de forma individual quanto coletiva, a partir do ponto de vista dos trabalhadores.

Para Abrahão *et al.* (2009) a ergonomia pode ser entendida como uma disciplina que tem por objetivo transformar o trabalho, em suas diferentes dimensões, adaptando-o às características e aos limites do ser humano. Supera a concepção sistêmica, mostra os limites do ponto reducionista em que apenas o trabalho físico é considerado, revelando a complexidade do trabalhar e a multiplicidade dos fatores que o compõe.

Nessa perspectiva, a avaliação de situações/postos de trabalho, a investigação das dimensões do trabalho em seus aspectos físico, cognitivo e psíquico (WISNER, 1994) está apoiada nos preceitos metodológicos da Análise Ergonômica do Trabalho - AET (GUÉRIN, *et al.*, 2001). Este método é utilizado no estudo das relações entre homem e trabalho e pretende evidenciar a variabilidade existente e inquirir as estratégias de regulação adotadas pelos trabalhadores frente às solicitações da tarefa. Consiste em quatro etapas de análises: (1) demanda; (2) tarefa; (3) atividade e (4) diagnóstico, de modo a aprofundar os conhecimentos sobre o fazer dos trabalhadores em situação de trabalho, priorizando a análise da atividade em resposta à tarefa prescrita pela organização e entendendo o trabalhador como ator principal desse processo.

A análise ergonômica está centrada no campo da subjetividade, uma vez que o ergonomista utiliza-se de técnicas de registro (filmagens e fotografias) de observações do

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011

Revista da RET

Rede de Estudos do Trabalho

www.estudosdotrabalho.org

ambiente laboral para a descrição da atividade, com a função de verificar se as informações colhidas no real do trabalho são representativas e revelam o ponto de vista dos trabalhadores.

Os riscos e sobrecargas presentes nas situações de trabalho são identificados com a aplicação do instrumento Workplace Analysis (EWA) - desenvolvido pelo Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional e adaptado pelo grupo de pesquisa Simucad - Ergo&Ação (2002) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). O EWA agrega diferentes conhecimentos em sua base teórica: fisiologia do trabalho, biomecânica ocupacional, aspectos psicológicos, higiene ocupacional e o modelo sociotécnico da organização do trabalho. Entretanto o instrumento não esgota todas as possibilidades em termos de fatores de risco e das penosidades que podem estar presentes em uma situação de trabalho, porém abrange de forma ampla as dimensões físicas, cognitivas, organizacionais das fontes de sobrecargas, bem como questões ambientais no trabalho.

Em seqüência a esses procedimentos é incorporada a etapa de validação ou autoconfrontação, de modo a possibilitar, como menciona Silvério *et al.* (2010) a criação de um espaço para discussões entre os diferentes atores (trabalhadores, ergonomistas, técnicos, projetistas, etc) visando ao enriquecimento da compreensão das atividades e situações de trabalho. O uso de técnicas de validação durante o processo de intervenção ganha importância, pois tem a função de verificar se as informações colhidas no real do trabalho são representativas e revelam o ponto de vista dos trabalhadores.

De posse desses dados, as negociações com as empresas e demais atores envolvidos (trabalhadores participantes do programa de reabilitação, sindicatos CEREST, INSS) voltam-se para o processo de retorno ao trabalho. Cada um dos atores, com suas respectivas representações, discutem as intervenções e características desejáveis para o local de trabalho com potencial ao retorno, bem como a compreensão dos requisitos técnicos da tarefa e conhecimentos necessários para o desenvolvimento da reinserção. As negociações não refletem apenas a busca por uma função compatível, considerando as potencialidades e limitações dos trabalhados, mas também por um retorno gradativo e saudável. Em

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

concomitante com as intervenções da equipe do CEREST, há o estabelecimento de um fluxo de ações interinstitucionais que visam favorecer um processo de retorno ao trabalho digno e seguro.

Em Piracicaba, tais ações vêm se concretizando a partir da participação de alguns profissionais do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) como: médico-perito, assistente social e terapeuta ocupacional. No que se refere à aproximação e ao diálogo estabelecido com a equipe de Reabilitação Profissional do INSS de Piracicaba foram concretizados alguns importantes treinamentos a partir da compreensão do modelo social de incapacidade, um fluxo contínuo de reuniões para discussão dos casos inseridos e acompanhados pelo Programa de Reabilitação do CEREST e a suspensão da perícia médica durante o período da assistência terapêutica.

Além disso, na etapa de negociação do retorno ao trabalho, há uma análise criteriosa acerca das condições do trabalhador e da oferta e condições da função. A parceria com a equipe do INSS tem concretizado um fluxo facilitador entre as duas instituições que operam com lógicas muito distintas: a lógica da prevenção e do cuidado do SUS e a lógica da reparação da Previdência Social.

Esta interface tem se constituído em uma postura única de negociação com as empresas, fortalecendo a Reabilitação Profissional enquanto uma política pública de Estado. Outras instâncias que se articulam são o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e o Ministério Público do Trabalho (MPT), constituindo-se como parceiros do projeto, e também oferecendo à equipe a possibilidade de um *locus* de exercício de interdisciplinaridade e defesa dos interesses coletivos. Atualmente, conta-se com o apoio de ambas as instituições nos processos de levantamento de situações de risco/adoecimento no trabalho e no estabelecimento de acordos que garantam melhores condições de proteção à saúde.

A participação dos representantes sindicais também oferece uma ampliação das ações previstas pelo CEREST no processo de denúncias às situações de risco à saúde bem como, na etapa de reinserção e acompanhamento dos trabalhadores reabilitados.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011

Revista da RET

Rede de Estudos do Trabalho

www.estudosdotrabalho.org

O estabelecimento de um diálogo com a empresa é efetivado no processo de negociação de retorno, porém em algumas empresas o fluxo de negociação pode anteceder tal etapa. Nesse momento são apresentados à empresa o percurso do programa de reabilitação e a análise técnica da equipe. Destaca-se que a presença do trabalhador no momento de definição e avaliação do setor e da função têm se mostrado favorável e positiva, uma vez que o trabalhador percebe a importância da participação ativa no processo de retorno.

RESULTADOS

Os resultados qualitativos revelam o impacto positivo do programa terapêutico em andamento no resgate parcial da autonomia, da auto-estima e da capacidade de re-significar o quadro de adoecimento dos trabalhadores assistidos. Formas adaptativas de re-aquisição da motricidade (que os pacientes de LER/DORT acreditavam ter perdido) emanam espontaneamente do trabalho grupal, concretizando novos modos de fazer, com minimização da dor e do sofrimento.

O índice de retorno ao trabalho tem permanecido por volta de 10% dos casos que concluíram o programa, consonante com a literatura internacional sobre a temática (LOISEL, 2005). O principal obstáculo tem sido a permanência dos determinantes patológicos do trabalho que geram o adoecimento. As ações de vigilância e intervenção são complexas, morosas e insuficientes, uma vez que a demanda é uma transformação radical nas formas de organizar a produção e o trabalho. Além disso, existe o despreparo das empresas para receber esses trabalhadores tanto no que se refere a aspectos relativos à adequação de postos, como na falta de difusão desta nova cultura organizacional aos funcionários da empresa.

Os recursos das instituições fiscalizadoras produzem melhorias pontuais das condições de trabalho, mas não conseguem alcançar os núcleos duros das organizações

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

empresariais, em especial a patogenia do modo de organização capitalista toyotista e do sociometabolismo da barbárie do capital em escala mundial. (ALVES, 2011)

Caso-Exemplo: Uma Empresa do Ramo Alimentício

Trata-se de uma empresa multinacional do ramo alimentício, priorizada para a intervenção, a partir da alta incidência e prevalência de casos de LER/DORT durante o período de 2004 a 2011. Grande parte destes casos procuraram espontaneamente, ao longo destes anos, o atendimento do CEREST-Piracicaba ou foram encaminhados pelo Sindicato da Alimentação de Piracicaba, pela rede de atenção primária do SUS, pelos médicos ortopedistas do convênio da empresa ou pelo Programa de Reabilitação Profissional do INSS de Piracicaba.

O projeto de intervenção em vigilância consistiu de três fases decorrentes de contextos sociais distintos. A primeira fase teve início em 2004 com o levantamento de 250 casos, assistidos pelos médicos do CEREST-Piracicaba, pertencentes a 20 empresas de maior incidência de LER/DORT no município.

Com este levantamento verificou-se a necessidade de uma oficina interinstitucional – COMSEPRE⁷, Ministério do Trabalho, Instituto Nacional da Previdência Social (INSS), Serviço de Fisioterapia do SUS e CEREST-Piracicaba – denominada “*Olhar epidemiológico sobre os casos levantados*” com o objetivo de obter informações mais detalhadas acerca desta amostra.

A oficina encontrou os seguintes resultados: 86% dos casos eram do sexo feminino, 93% pertenciam a mesma categoria profissional de ajudantes / auxiliares de produção, caracterizando um trabalho essencialmente manual, 64% estavam na faixa etária de

⁷ Comissão Municipal de Prevenção de Acidentes e Doenças do Trabalho de Piracicaba..

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

20 a 40 anos, a totalidade dos diagnósticos referia-se às lesões de membros superiores e a casos de alta gravidade. Também foi identificado que estes trabalhadores apresentavam longos períodos de afastamento desvelando um ciclo vicioso de não reconhecimento de nexocausal pela Perícia Médica do INSS, o que por sua vez resultava em retornos ao trabalho para as mesmas atividades e conseqüentemente agravamento das lesões. A totalidade destes casos teve acesso aos serviços de saúde da Rede SUS e conveniada, porém, não teve acesso a um programa terapêutico de reabilitação profissional devido ao desmonte destes serviços pela Previdência Social. (TAKAHASHI, 2008)

A oficina concluiu pela criação e implantação do programa terapêutico de reabilitação profissional, descrito neste artigo, desenvolvido pela equipe multidisciplinar no âmbito da assistência do CEREST-Piracicaba, com o apoio das instituições parceiras. Entre os 250 casos, 40 trabalhadores deles eram da empresa/caso.

Com a formação e capacitação da equipe – médico, assistente social, psicólogo, e sociólogo – teve início o primeiro programa terapêutico exclusivo para os trabalhadores da empresa em referência, que a princípio foi selecionada pelos seguintes critérios: empresa de maior número de casos e com um trabalho de intervenção já iniciado pelo Setor de Vigilância do CEREST-Piracicaba, cujo *start* foi dado pelo compromisso firmado com a empresa em Mesa Redonda no MTE em 2005.

A segunda fase do programa teve início em março de 2006 quando através de financiamento pleiteado junto ao Ministério da Saúde, na modalidade “*Atenção à Saúde das populações estratégicas e em situações especiais de agravo*”, implementou-se o projeto piloto “*Reabilitação Profissional para trabalhadores adoecidos por LER/DORT articulada às ações assistenciais e de vigilância em saúde do trabalhador*”.

A partir dos novos recursos, partilhados entre o município e o Ministério da Saúde, a equipe técnica foi ampliada com a contratação de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011

Revista da RET

Rede de Estudos do Trabalho

www.estudosdotrabalho.org

A estruturação do novo programa terapêutico foi organizada a partir da formação do grupo de apoio, psicoterapia, cinesioterapia, além da intervenção da terapia ocupacional, de modo a atender as necessidades apresentadas pelos trabalhadores adoecidos.

Nesta fase, como já explanamos na metodologia, a intervenção da terapia ocupacional estava voltada para as avaliações individuais iniciais de identificação das limitações e das potencialidades dos pacientes com vistas à reeducação do uso do corpo e da reorganização de suas tarefas diárias de modo a ajustar sua capacidade pessoal à demanda das tarefas. Contribuía também 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, exigências de qualificação, movimentos e 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 e CAMAROTTO, 2008)

E finalmente, na articulação com a vigilância, coordenava as avaliações ergonômicas dos postos de trabalho nas vinte empresas priorizadas por critério epidemiológico de incidência e desencadeadas por um processo de intervenção do MTE, incorporando novas metodologias como os princípios e técnicas da AET, descritos anteriormente.

O mapeamento dos setores e postos foi feito em três setores da empresa que revelavam a maior incidência de afastamentos, com enfoque ergonômico e problematização do processo de produção, dos fatores de organização do trabalho, dos equipamentos e ferramentas utilizados para executar a atividade, transporte de cargas e fatores ambientais e de segurança. Em seqüência, foi elaborado um diagnóstico e proposto um plano de ação com recomendações de melhorias das condições de trabalho e, conseqüentemente, da saúde e segurança dos trabalhadores.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011

Revista da RET

Rede de Estudos do Trabalho

www.estudosdotrabalho.org

Frente ao processo de fiscalização/vigilância realizado pela equipe do CEREST-Piracicaba e MTE e, em função dos apontamentos/recomendações de melhorias indicados no relatório ergonômico abrangendo aos três setores analisados, a empresa implantou as seguintes melhorias: (a) adequação de esteira mecânica com eliminação de alguns pontos de carga manual; (b) contratação de efetivo para implantação de sistema de pausas e rodízio; (c) criação de um comitê de ergonomia com o foco na melhoria de postos de trabalho referentes às cargas estática e dinâmica; (d) reorganização da jornada de trabalho de 6 dias de trabalho/ 1 de folga para 6 dias de trabalho/ 2 de folga; (e) contratação de equipe de assessoria para reabilitação dos adoecidos; (f) reconhecimento por parte de empresa da influência dos fatores organizacionais no adoecimento, com conseqüente contratação de consultoria em ergonomia para a avaliação ergonômica de toda a fábrica para a identificação dos postos com potenciais de risco à saúde e segurança dos trabalhadores. A análise dos setores se deu através do critério de prioridade definido pelos setores de Saúde, Meio Ambiente e Segurança e Recursos Humanos da empresa. Nesse último aspecto, faz-se necessário pontuar que muitas empresas alimentam a visão da análise biomecânica tradicional de avaliação dos riscos, desconsiderando o olhar para as dimensões organizacionais nas condições de trabalho. A equipe do CEREST compartilha da concepção de que se as dimensões organizacionais, determinantes das situações de trabalho, não forem compreendidas e aceitas como relevantes na produção de acidentes e adoecimentos, as tentativas de mudanças e de prevenção tornam-se inócuas.

Nessa perspectiva, muitas vezes é reservado aos trabalhadores um papel de “fornecedor” de informações para que o especialista avalie as condições de trabalho e aponte o que é considerado enquanto adequado e inadequado. Wisner (1987) refuta esse ponto de vista quando argumenta que o trabalhador deve ser o sujeito de seu próprio estudo, e não objeto dele. Ao romper com esse paradigma, a ação ergonômica valorizaria a efetiva participação dos trabalhadores no processo de desenvolvimento de situações produtivas e de trabalho.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011

Revista da RET

Rede de Estudos do Trabalho

www.estudosdotrabalho.org

É importante ressaltar que neste momento, a participação dos profissionais do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da empresa/caso era pequena, praticamente nula, situação que se apresentou como um grande desafio à equipe. O cenário organizacional não favorecia o efetivo acompanhamento dos profissionais do ambulatório médico evidenciando a ausência de um canal de comunicação e escasso entrosamento entre os setores.

Em decorrência do impacto externo da experiência em relato, surgiu a proposta de incorporação pela equipe de um modelo de reabilitação profissional desenvolvido no Canadá, validado cientificamente, denominado Prevenção da Incapacidade Permanente ao Trabalho – Modelo de Sherbrooke. (LOISEL, 2001)

O convite partiu da pesquisadora da Fundacentro, Dra. Maria Maeno, que possibilitou, em fevereiro de 2009, o encontro da equipe de Piracicaba – profissionais do CEREST e do INSS – com o Prof. Patrick Loisel, idealizador do referido modelo. Através de um protocolo de intenções, firmado em maio de 2010, as instituições – Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba/ CEREST-Piracicaba, a Gerência Regional do INSS de Piracicaba e a Fundacentro-SP - comprometeram-se pela parceria na implantação da referida proposta, iniciando-se a terceira e última fase, em andamento, da experiência em relato.

Loisel e colaboradores (2001:358) colocam que há evidências de pesquisas de que as causas da incapacidade não estão apenas na dimensão pessoal dos pacientes – suas características físicas e psicossociais – mas também na dimensão sócio-ambiental - os contextos de trabalho e a interação destes pacientes com os serviços de saúde e os sistemas de previdência social.

Para estes autores, as intervenções na incapacidade bem sucedidas são aquelas que utilizam uma abordagem preventiva, atuando sobre o estado de ânimo dos pacientes, bem como, com intervenções nos locais de trabalho e não apenas a reprodução do padrão médico tradicional de tratamento destes problemas.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011

Revista da RET

Rede de Estudos do Trabalho

www.estudosdotrabalho.org

Nesta perspectiva, a equipe interdisciplinar do CEREST-Piracicaba manteve os atendimentos grupais a trabalhadores, porém ampliando o leque das patologias atendidas para além da LER/DORT, incluindo lesões decorrentes de acidentes de trabalho, lombalgias e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho.

No âmbito da intervenção na empresa/caso foi intensificada a negociação social com a empresa, caracterizando-se pela efetiva aproximação da equipe do CEREST com o SESMT e o Ambulatório Médico, além da participação interinstitucional, acrescida da participação do Ministério Público do Trabalho.

Foram desencadeadas de modo regular as avaliações da compatibilidade do posto de trabalho feitas pelo empregador para todos os trabalhadores assistidos pelo programa, considerando os pareceres técnicos da equipe de reabilitação do CEREST. Após as avaliações a empresa oferece as funções específicas a cada trabalhador reabilitado. A função oferecida é analisada *in loco*, pela equipe técnica do CEREST e do INSS e pelo trabalhador, cujo papel fundamental é a validação do posto ofertado. Sendo o posto de trabalho aprovado e validado, o trabalhador é encaminhado ao estágio na empresa por 30 dias, sem desligamento do benefício do INSS e sob acompanhamento da equipe do CEREST, de modo a garantir que o retorno seja gradativo e saudável. Caso o posto não seja aprovado a equipe técnica justifica a não aprovação e inicia-se o fluxo novamente. Com o resultado positivo do estágio ocorre a alta do trabalhador (desligamento do benefício) e certificação de reabilitado pelo INSS.

A maior preocupação é a de não permitir que os trabalhadores retornem ao trabalho em funções apartadas das expectativas emocionais e vazias de conteúdo, bem como zelar por um ambiente e atividade compatíveis com as suas restrições.

As contribuições da Equipe de Reabilitação Profissional do INSS foram essenciais na determinação e acompanhamento do estágio de retorno ao trabalho. Este estágio destina-se a avaliação de possíveis ajustes necessários para a permanência segura do trabalhador na função, bem como contribui para um suporte emocional, na medida em que mantém o trabalhador em contato com as equipes.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011

Revista da RET

Rede de Estudos do Trabalho

www.estudosdotrabalho.org

Como principal produto deste processo progressivo de intervenção na empresa em estudo apreende-se que houve uma mudança significativa na cultura da organização, o que veio a possibilitar o estabelecimento do fluxo facilitador de retorno ao trabalho, construído e monitorado por meio de uma prática efetivamente interinstitucional.

CONCLUSÃO

O equilíbrio entre saúde/segurança e produção tem sido uma questão de grande relevância para os especialistas da área de Saúde do Trabalhador. Na prática, existe uma contradição entre essas duas dimensões, revelando que o favorecimento de uma pode ocorrer em detrimento da outra.

Conciliar saúde e eficiência depende de negociações sociais e não há uma solução técnica capaz de favorecer esse consenso. A produção e a saúde são relativamente conflitantes, de modo a apresentar como alternativas, ou prioriza-se a saúde ou a produção. (LIMA, 2000)

Torna-se notório, portanto, que nossos maiores obstáculos são as políticas econômicas e sociais que não apóiam os princípios de valorização da vida e da saúde como bens não negociáveis. A articulação entre Assistência, Vigilância e Reabilitação Profissional mostrou-se como um caminho possível para a concretização de políticas públicas transformadoras.

No entanto, a sustentação do programa apresentado, diante da atual configuração do mundo do trabalho, ainda nos oferece muitos questionamentos, sendo o principal deles: Como intervir na intensificação do trabalho que potencializa os acidentes de trabalho, as LER/DORT e o sofrimento psíquico?

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

Este é o grande dilema imposto à equipe de reabilitação profissional. Com um agir articulado que se realiza objetivamente nos limites possíveis de uma prática reformista, os retornos ao trabalho são promovidos por critérios de empoderamento dos sujeitos/trabalhadores para o enfrentamento, acreditando-se que este estado de coisas não se desenvolverá de modo perene e sem resistências, e que esta é uma luta cotidiana de todos nós.

BIBLIOGRAFIA

ABRAHÃO, J. *et al.* **Introdução à ergonomia: da prática à teoria**. São Paulo: Ed. Edgard Blucher, 2009.

ALVES, G. **Trabalho e Subjetividade – o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo: Boitempo, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11/11/2009. Disponível em: http://www.renastonline.org/renastonline/attachments/159_portaria_renast_2728.pdf. Acesso em: 16 jul. 2011.

MENDES, A. M (Org). **Trabalho e Saúde: o sujeito entre a emancipação e a servidão**. Curitiba: Juruá, 2008.

KNOBEL, M. **Psicoterapia Breve**. São Paulo: EPU, 1986.

ERGO&AÇÃO. **Análise Ergonômica do Posto de Trabalho**. São Carlos: UFSCar/DEP, 2002. Disponível em: <<http://www.simucad.dep.ufscar.br>>. Acesso em: 17/julho/2011.

GUÉRIN, F. *et al.* **Compreender o trabalho para transformá-lo- A prática da Ergonomia**. São Paulo: Ed Edgard Blücher, 2001.

LACAZ, F. A. C. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: Lourenço, E.; NAVARRO, V.; BERTANI, I.; SILVA, J. F. S.; SANTANA, R. (Org.). **O Aveso do Trabalho II. Trabalho, precarização e saúde do trabalhador**. 1º Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010, v., p. 199-230.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011

Revista da RET

Rede de Estudos do Trabalho

www.estudosdotrabalho.org

LIMA, F. P. A. **A Ergonomia como instrumento de segurança e melhoria das condições de trabalho.** I Simpósio sobre Ergonomia e Segurança do Trabalho Florestal e Agrícola, Belo Horizonte - MG, 2000.

LOISEL, P. *et al.* Disability Prevention: New paradigm for the Management of Occupational Back Pain. **Disease Management & Health Outcomes**, 9 (7): 351-360, 2001.

LOISEL, P *et al.* Prevention of Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of Implementing Evidence. **Journal of Occupational Rehabilitation**, 15(4): 507-524, 2005.

MACHADO, J. M. H. Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13 (2): 33-45, 1997.

SANCHEZ, M. O. *et al.* Atuação do CEREST nas ações de vigilância em saúde do trabalhador no setor canavieiro. **Revista Saúde e Sociedade**, 18 (1): 37-43, 2010.

SAUAYA, D. **Salud Mental y Trabajo: historia vital del trabajo: um dispositivo psicossocial.** Buenos Aires: Lugar, 2003.

SIMONELLI, A. P; CAMAROTTO, J. A. Industrial task analysis approach as a tool for inclusion of peoples whit special needs in the work market. **Occupational Therapy International**, 15: 150-164, 2008.

SILVÉRIO, M. *et al.* **Validação durante a intervenção ergonômica: análise, projeto e implantação.** In: XV Congresso Brasileiro de Ergonomia, 2010, Rio de Janeiro. ABERGO 2010, 2010.

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.** 279f.2006. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2006. 279p.

TAKAHASHI, M. A. B. C; IGUTI, A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(11): 2661-2670, 2008.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011

Revista da RET

Rede de Estudos do Trabalho

www.estudosdotrabalho.org

TAKAHASHI, M. A. B. C; KATO, M; LEITE, R. A. O. Incapacidade, reabilitação profissional e Saúde do Trabalhador: velhas questões, novas abordagens. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 35(121): 07-09, 2010a.

TAKAHASHI, M. A. B. C. *et al.* Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do CEREST-Piracicaba. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 35(121): 100-111, 2010b.

VILELA, R. A. G *et al.*. **Ações interinstitucionais para o diagnóstico e prevenção de acidentes do trabalho: aprimoramento de uma proposta para a região de Piracicaba**. Relatório FAPESP, 2009. DIG.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho: ergonomia métodos e técnica**. São Paulo: FTD/Oboré, 1987.

_____. A Metodologia na Ergonomia: Ontem e Hoje. In: _____ **A Inteligência no Trabalho: textos selecionados de ergonomia**. São Paulo: FUNDACENTRO, p. 87-107, 1994.