

Viviane Gontijo Augusto

**UM OLHAR SOBRE A LER/DORT NO CONTEXTO CLÍNICO DO
FISIOTERAPEUTA**

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
2006

Viviane Gontijo Augusto

**UM OLHAR SOBRE A LER/DORT NO CONTEXTO CLÍNICO DO
FISIOTERAPEUTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de concentração: Desempenho Funcional Humano.

Orientadora: Prof.^a D.^{ra} Rosana Ferreira Sampaio

Co-orientadora: Prof.^a D.^{ra} Marcella G. Assis Tirado

Belo Horizonte

Universidade Federal de Minas Gerais

2006

ENSINAMENTO

Minha mãe achava estudo
a coisa mais fina do mundo.

Não é.

A coisa mais fina do mundo é o sentimento.

Aquele dia de noite, o pai fazendo serão,
ela falou comigo:

“Coitado, até essa hora no serviço pesado”.

Arrumou pão e café, deixou tacho no fogo com água
quente.

Não me falou em amor.

Essa palavra de luxo.

(ADÉLIA PRADO.)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai pelo amor
incondicional que sempre demonstrou por mim.

“O que a memória ama fica eterno.”

(ADÉLIA PRADO.)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pela liberdade de escolha e pelo amparo constante.
Obrigada, Senhor!

À prof.^a d.^{ra} Rosana Ferreira Sampaio, minha orientadora, pela competência,
profissionalismo, atenção e carinhos dispensados.
Obrigada por demonstrar confiança no meu trabalho,
obrigada pela valiosa oportunidade de aprender com você.

À Prof.^a d.^{ra} Marcella Guimarães de Assis Tirado pela simpatia e valiosa contribuição.

À minha mãe, companheira e amiga de todas as horas,
pelo apoio, carinho e paciência.

A todos os fisioterapeutas que participaram deste trabalho, pela fundamental
contribuição, paciência e disponibilidade.

A todos os amigos da FUNEDI, em especial ao professor Gilson Soares e à
coordenadora Solange Ribeiro, pelo apoio e incentivo.

Às amigas Nídia Fonseca e Silva e Cecília Ferreira Aquino,
pela grande contribuição metodológica.

À minha prima e amiga Soraia, pelo exemplo e interesse.

Aos meus companheiros de mestrado Marcos, Lúcia e Fabiana,
sempre tão solidários.

Ao Rodrigo, meu amor e meu amigo, pelo carinho, apoio, paciência e tolerância nos
momentos mais difíceis.

A todos os que torceram por mim, muito obrigada!

SUMÁRIO

RESUMO	VII
ABSTRACT	VIII
Capítulo 1- INTRODUÇÃO	9
1.1 Breve histórico	9
1.2 LER ou DORT	10
1.3 O crescimento do número de casos	11
1.4 A problematização na clínica	13
1.5 O adoecer com cronicidade e a configuração dos pressupostos clínicos	14
1.6 A atuação do fisioterapeuta e a problemática das LER/DORT	16
1.7 Referencial teórico	17
Capítulo 2 – MATERIAIS E MÉTODOS	20
2.1 Amostra	21
2.2 A coleta dos dados	22
2.3 Análise	23
Capítulo 3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
Capítulo 4- UM OLHAR SOBRE A LER/DORT NO CONTEXTO CLÍNICO DO FISIOTERAPEUTA	30
Capítulo 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
ANEXOS	52

RESUMO

O fenômeno da LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionado ao Trabalho) é caracterizado por heterogeneidade do quadro clínico, dificuldades de diagnóstico, tratamento e reabilitação. Observando-se a prática clínica, é comum, entre os profissionais de saúde, e mais especificamente entre os fisioterapeutas colocações do tipo: “pacientes com LER/DORT não apresentam prognóstico favorável”. A fundamentação para este tipo de pressuposto clínico ainda não está clara. Assim, o objetivo deste estudo foi conhecer as representações dos fisioterapeutas a respeito da LER/DORT e analisar como estas representações interferem na prática clínica. Participaram do estudo 14 fisioterapeutas da cidade de Divinópolis, Minas Gerais, cujo o tempo de graduação oscilou entre 1973 e 2005. O estudo foi realizado numa abordagem qualitativa e os recursos metodológicos foram entrevista semi-estruturada e observação não participante. A teoria das representações sociais e a epistemologia comparativa serviram como referenciais teóricos. Considerando que cada método revela diferentes aspectos da realidade empírica, buscou-se a triangulação das unidades temáticas com a informação da literatura e os dados da observação. A análise das entrevistas revelou que a representação dos fisioterapeutas sobre LER/DORT e o doente foi elaborada coletivamente a partir da realidade cotidiana e que se configurou entre os entrevistados um estilo de pensamento reducionista. Desta forma, verificou-se uma concepção mecanicista do organismo humano, com a perda do vínculo entre o doente a doença. Este tipo de representação da LER/DORT gera um estilo de pensamento que favorece à culpabilização do paciente e a acomodação do profissional frente à complexidade do problema. Logo, torna-se urgente que o profissional entenda que o corpo biológico é criado e desenvolvido em um ambiente cultural e social específico, portanto, não basta concentrar esforços na tentativa de restaurar o funcionamento normal do corpo se as demandas do paciente são desconsideradas. O conhecimento técnico científico do fisioterapeuta deve ser conciliado com a expressão subjetiva do paciente na busca de estratégias de intervenção mais eficazes.

Palavras-chave: LER/DORT, representação social, epistemologia comparativa, fisioterapia, pressuposto clínico.

Abstract

The Repetitive Strain Injury/ Work-Related Musculoskeletal Disorders phenomenon (RSI/WRMD) is characterized by heterogeneity of clinical signs, difficulty in its diagnosis, treatment and rehabilitation. On observing the clinical practice of healthcare providers, more specifically, physical therapists, it is common to hear a statement like: "RSI/WRMD patients do not show favorable prognosis". The basis for this kind of clinical assumption is still unclear. Thus, the objective of this study was to investigate physical therapists' representations as regards RSI/WRMD and to analyze how these representations interfere in clinical practice. The study was carried out in Divinópolis, Minas Gerais with the participation of 14 physical therapists who graduated between 1973 and 2005. A qualitative approach was taken and the methodological tools chosen were semi-structured interview and non-participant observation. The social representations theory and comparative epistemology were the underlying theoretical bases of the study. Considering that each method reveals different aspects of empirical reality, triangulation of the thematic units was sought while drawing from information in the existing literature and the observational data collected. Interview analysis revealed that the physical therapists' representation had of RSI/WRMD and the patient was collectively elaborated from their daily practice and a reductionist way of thinking was observed among the interviewees. In this manner, a mechanistic conception of the human organism was verified whereby there was a loss of connection between the patient and the illness. This kind of representation of RSI/ WRMD engenders a way of thinking which is conducive to patient culpability and professional complacency when faced with the complexity of the problem. Therefore, the healthcare professional urgently needs to understand that the biological body is created and developed in a specific cultural and social environment and as such, it is not enough to direct all efforts towards attempts to restore the normal functioning of the body if patient needs are disregarded. The physical therapist's scientific and technical knowledge should be reconciled with the patient's subjective expression in the search for more effective interventional strategies.

Keywords: RSI/WRMD, social representation, comparative epistemology, physical therapy, clinical assumption

Capítulo 1 – INTRODUÇÃO

1.1 Breve histórico

A nomenclatura Lesões por Esforços Repetitivos (LER) foi apresentada no Brasil, pela primeira vez, no V Congresso Nacional de Processamento de Dados em 1984. O termo LER foi usado para designar um conjunto de quadros clínicos do sistema musculoesquelético caracterizado por sintomas como dor, parestesias, sensação de peso e fadiga em digitadores com tenossinovites¹.

Em 1987, a Organização Mundial da Saúde (OMS) concluiu que o desconforto osteomuscular que acomete os trabalhadores em vários países estava associado às atividades desenvolvidas em terminais de vídeos. Isto levou o Brasil a aceitar como doença profissional apenas a tenossinovite que acometia os digitadores. Vale ressaltar que, oficialmente, a LER foi reconhecida em virtude da pressão das lutas políticas, à mobilização dos trabalhadores e profissionais de saúde². Esse reconhecimento deu-se pela Portaria n.º4062 do Ministério da Previdência Social, publicada em 7 de agosto de 1987³. Somente em 1991, a LER deixou de ser apenas tenossinovite de digitadores e passou a ser definida como um conjunto de lesões que atingem os membros superiores, pelo Decreto n.º57/91, § 2.º do artigo 140, publicado no Diário Oficial da União⁴. A partir desse decreto, foi instituída a Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade, pelo Ministério da Previdência Social, o que ampliou o campo de nosologia da LER. De acordo com essa norma, a LER passou a ser considerada como um conjunto de afecções de origem ocupacional que atingem os membros superiores, região escapular e pescoço. Tais afecções resultam do uso

de movimentos repetitivos e forçados dos grupos musculares com manutenção de posturas inadequadas.

Em 1997, a Norma Técnica da Avaliação de Incapacidade foi revisada, ocasionando uma mudança na denominação das afecções de LER para Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT⁵.

1.2 LER ou DORT?

Mesmo após a atualização da Norma Técnica em 1997, quando o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) modificou a nomenclatura LER para DORT, alguns autores continuaram insistindo no uso do termo LER por acreditar que o termo DORT possibilita uma dicotomia entre as doenças profissionais e as doenças relacionadas ao trabalho, dificultando a comprovação donexo causal da doença com o trabalho^{5,6}. Lembrando que, no caso de doenças relacionadas ao trabalho a atividade exercida pelo trabalhador é considerada como um fator de risco e não como causa direta do adoecimento. Verthein e Minayo-Gomez⁵ consideram que o termo DORT abre espaço para interpretações psicologizantes dos diagnósticos, reduzindo a natureza da doença às características de personalidade do próprio sujeito. Assim, as DORT podem ser vistas como doenças adquiridas por uma predisposição do sujeito a adoecer.

A última instrução normativa do INSS usa a expressão LER/DORT para estabelecer o conceito da síndrome⁷. Esta instrução normativa pertence ao decreto de 5 de dezembro de 2003 e declara que a LER/DORT não é fruto exclusivo de movimentos repetitivos, mas pode ocorrer pela permanência de segmentos do corpo

em determinadas posições por tempo prolongado. A necessidade de concentração e atenção do trabalhador para realizar suas atividades e a pressão imposta pela organização do trabalho são fatores que interferem significativamente para a ocorrência das LER/DORT^{7,8}. Diante da indefinição de qual termo é mais adequado para a síndrome, neste estudo, optou-se pela utilização da expressão LER/DORT, como foi sugerido pela última instrução normativa do INSS em 2003.

1.3 O crescimento do número de casos

No Brasil, o sistema de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) não discrimina os acidentes de trabalho em geral, o que prejudica a avaliação dos dados epidemiológicos. As estatísticas disponíveis são fornecidas pela Previdência Social e referem-se somente aos trabalhadores do mercado formal, que, atualmente, representam menos de 50% do total de trabalhadores^{9,10}. Apesar da dificuldade de obtenção de dados epidemiológicos específicos para LER/DORT, alguns autores descrevem um crescimento acelerado dos casos no Brasil, na década de 90¹¹. Assim, o que antes parecia uma síndrome isolada, causada pela susceptibilidade do trabalhador exposto a riscos, identificou-se como uma epidemia. Na tabela 1 pode-se verificar um aumento acelerado dos casos de doenças ocupacionais registrados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) a partir de 1992.

TABELA 1
Distribuição das doenças ocupacionais no Brasil, de 1982 a 1998

Ano	Frequência
1982	2766
1983	3016
1985	4006
1986	6014
1987	6382
1988	5025
1990	5217
1991	6281
1992	8299
1993	15417
1994	15417
1995	20646
1996	34889
1997	36648
1998	28597
Total	206544

Fonte: Boletim Estatístico de Acidentes do Trabalho (BEAT), INSS

Apesar de que, na tabela 1 estejam incluídas todas as doenças ocupacionais, o número crescente de casos coincide com o período de reconhecimento social da síndrome LER, que, como dito anteriormente, se deu em 1991 com a criação da Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade pelo Ministério da Previdência Social⁴.

Para Antunes¹² o crescimento do número de casos de LER/DORT, nos últimos trinta anos, pode ser atribuído ao processo de reestruturação produtiva que trouxe a precarização das situações de trabalho. Práticas de intensificação do trabalho e acúmulo de funções aumentaram a exposição aos fatores de risco para a saúde. Estas modificações das condições de trabalho, aliadas à instabilidade no emprego, mudaram o perfil de adoecimento dos trabalhadores brasileiros^{12,13,14}.

Uma queda do número de casos notificados pode ser observada após 1997, exatamente quando a Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade foi revisada e o termo LER foi modificado para DORT. Esta queda é potencialmente atribuída à desinformação dos profissionais de saúde do INSS, empresas e serviços de assistência aos trabalhadores. Outros fatores que podem estar associados com a queda das notificações da LER/DORT é o temor, por parte dos trabalhadores, do estigma criado em relação aos afetados por patologias desse grupo^{14,15}.

1.4 Problematização na clínica

Diferente de outras doenças profissionais, a LER/DORT não respeita fronteiras profissionais. Acomete várias categorias como escriturários, caixas de banco, caixas de supermercados, embaladores, dentistas, fisioterapeutas, dentre outras^{1,16}. O diagnóstico da LER/DORT é fortemente baseado na percepção do trabalhador sobre o próprio corpo e seu processo de reconhecimento abrange uma grande variedade de casos clínicos, podendo incluir a interação de patologias não ocupacionais pré-existentes e patologias ocupacionais¹⁶.

Segundo a norma técnica do INSS de 1998, a caracterização pericial do nexos técnico não reside nos resultados de exames, mas na relação entre a lesão e o exercício da atividade de trabalho¹⁷. Não se pode deixar de destacar a origem multifatorial da LER/DORT resultante do desequilíbrio entre as exigências do trabalho e as capacidades gestuais individuais^{8,18,19}. Inicia-se, assim, a problematização da LER/DORT para os profissionais da saúde. A falta de especificidade dos sintomas, aliada à não-associação entre os diagnósticos médicos

e o trabalho, dificulta a abordagem do paciente com LER/DORT^{20,21}. Na maioria das vezes, o profissional de saúde que atende o trabalhador tem dificuldades para conseguir as informações necessárias para completar o diagnóstico porque o empregador não cumpre a legislação ou as informações não são confiáveis¹³. Em virtude da complexidade dos casos é comum que alguns profissionais cheguem a levantar a hipótese de ganho secundário ou comportamento exagerado do paciente diante da doença. Quando se mencionam fatores psicossociais fica a impressão de que algumas dores estariam apenas na mente dos pacientes. No entanto, é difícil visualizar os “ganhos secundários” dos pacientes com LER/DORT, pois estes enfrentam inúmeros preconceitos, até da própria família, além de grandes dificuldades de reinserção profissional e social^{22,23,24}. Somando-se a estas dificuldades, os modelos teóricos que subsidiam as práticas tradicionais da saúde ocupacional são insuficientes diante das determinações psicossociais do processo saúde/doença da LER/DORT²⁵. O processo doloroso na LER/DORT não segue um curso linear, nem possui estágios bem definidos. A sensação dolorosa é acompanhada de reações cognitivas e emocionais e, portanto, não deve ser analisada somente do ponto de vista fisiológico, pois envolve aspectos psicossociais e características individuais do trabalhador¹⁶.

1.5 O adoecer com cronicidade e a configuração dos pressupostos clínicos

Pode-se dizer que o fenômeno da LER/DORT é caracterizado por heterogeneidade do quadro clínico, dificuldade de diagnóstico em alguns casos, influências socioeconômicas no reconhecimento como doença ocupacional,

repercussões psicossociais, conflitos de interesses, dificuldade de tratamento e reabilitação. Como conseqüência desses fatores, os casos de grande parte dos indivíduos com LER/DORT tornam-se crônicos¹⁶.

As dores crônicas geram disfunções que têm sido ligadas a crenças¹ e comportamentos de dor definidos por Fordyce²⁶. Segundo este autor, muitas disfunções são oriundas de comportamentos de dor com uso excessivo de analgésicos e o hábito de evitar certas atividades. Desde então, o modelo cognitivo-comportamental tem sido utilizado enfatizando a importância da cognição e das crenças relacionadas ao ajustamento à dor crônica^{26,27}. Este modelo cognitivo-comportamental busca entender como crenças e comportamentos de dor interferem na recuperação dos pacientes com dor crônica^{28,29,30}. Nesta perspectiva, entende-se que algumas crenças podem ser adaptativas e ajudar os pacientes a enfrentarem a experiência de dor, enquanto outras podem realmente contribuir para aumentar a dor. A identificação de crenças adaptativas e não-adaptativas aumenta o entendimento dos profissionais de saúde sobre as respostas individuais à dor crônica e contribui para o desenvolvimento de tratamentos mais efetivos²⁹.

De acordo com Stroud *et al.*²⁹ a crença de que a dor seja compreensível tem sido associada com maior adesão ao tratamento e uso de estratégias de enfrentamento. Por outro lado, a crença de que a dor seja misteriosa tem sido associada com catastrofização.

Embora muitos estudos tenham sido desenvolvidos para compreender a influência das crenças e da percepção do adoecer na recuperação dos pacientes crônicos^{31,32,33,34}, existe uma carência de estudos com o propósito de entender como

¹ Segundo Stroud (2000), crenças são noções pré-existentes sobre a natureza da realidade que formam nossas percepções de nós mesmos e do nosso ambiente.

as crenças, valores e a significação da doença/doente para os profissionais da saúde podem interferir no tratamento destes pacientes.

1.6 A atuação do fisioterapeuta e a problemática das LER/DORT

No Brasil existem alguns centros de atendimento integral ao trabalhador adoecido que adotam uma abordagem interdisciplinar, atuando sobre a esfera corporal, psicossocial e afetiva³⁵. No entanto, muitos trabalhadores não têm acesso a esses centros de assistência e são tratados pelo sistema de saúde conveniado, sem esta abordagem interdisciplinar. Assim, o trabalhador que apresenta sintomas de formigamento, dor e limitação da capacidade laboral, freqüentemente procura um médico que, após a avaliação e tratamento, o encaminha para a fisioterapia. O fato é que o fisioterapeuta ao atender o paciente com LER/DORT vive um paradoxo entre a subjetividade inerente a esta síndrome e à objetividade do tratamento. Considerando que as crenças, valores e significações inscritos no cotidiano dos fisioterapeutas a respeito da doença e do doente contribuem para a definição de pressupostos clínicos que podem influenciar nas formas de encaminhar a assistência fisioterapêutica, faz-se necessário conhecer e investigar uma possível associação destes pressupostos com a prática clínica.

Sobre a atuação do fisioterapeuta, destaca-se o trabalho de Cromie, Robertson, Best³⁶, que sugerem a existência de uma cultura específica da profissão induzida pelo processo de socialização profissional. Estes autores defendem que o comportamento profissional é constituído de valores aprendidos, normas de comportamento e moralidade ocupacional. Richardson³⁷ descreveu as ações dos

fisioterapeutas como fortemente influenciadas pelo ambiente de trabalho e pela percepção dos colegas mais velhos. Segundo a autora, a cultura do local de trabalho dos fisioterapeutas desenvolve-se por meio de um contínuo processo de influência e interação profissional. As ações e interações dos fisioterapeutas reforçam os comportamentos aceitos pelo grupo em um mesmo local de trabalho.

Observando-se a prática clínica, é comum, entre os profissionais de saúde, e mais especificamente entre os fisioterapeutas, afirmações do tipo: “pacientes com LER/DORT não apresentam prognóstico favorável” ou “pacientes com LER/DORT sempre retornam ao tratamento”. A fundamentação para este tipo de pressuposto clínico ainda não está clara e pode-se questionar se isto não seria o resultado de uma cultura² criada e reforçada pelos profissionais em decorrência de suas representações em relação aos pacientes com LER/DORT e à interação entre colegas. Diante do exposto, objetivou-se, com este estudo, conhecer as representações dos fisioterapeutas em relação a LER/DORT e analisar como elas contribuem para a formulação de pressupostos clínicos e como estes se associam com o tratamento destes pacientes.

1.7 Referencial teórico

O referencial teórico que norteou este estudo não foi determinado *a priori*, evitando focalizar prematuramente a visão da pesquisadora.

Segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder³⁹, a determinação do referencial teórico antes da análise preliminar dos dados poderia gerar uma prioridade de

² Segundo Jovchelovitch (2004), cultura é o acúmulo de significados e símbolos que se solidificam ao longo do tempo.

determinados aspectos em detrimento de outros, muitas vezes igualmente importantes no contexto estudado, mas que não se encaixam na teoria adotada.

Assim, após a pré-análise dos dados em unidades temáticas, optou-se pela teoria das representações sociais⁴⁰ e a epistemologia comparativa⁴¹.

A razão desta escolha está relacionada ao fato de que os depoimentos apresentaram-se carregados de expressões relativas ao senso comum, às crenças e aos comportamentos dos fisioterapeutas, inter-relacionados com o contexto social e histórico.

As representações sociais são modalidades de conhecimento particular que têm por função a elaboração de comportamentos e a comunicação de indivíduos. Este conhecimento elaborado parte de um conteúdo simbólico e prático, e, para ser considerado representação social, deve fazer parte da vida cotidiana das pessoas e funcionar no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade⁴². Para Moscovici as representações não são apenas uma herança coletiva dos antepassados, que é transmitida de maneira determinista e estática. O indivíduo tem papel ativo e autônomo no processo de construção da sociedade, da mesma forma que é criado por ela. A representação social não é um mero reflexo do real, mas sua construção.^{41,42,43} Como a representação é partilhada por um grupo de indivíduos, a comunicação entre eles é facilitada isto é, sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação⁴⁴. Deste modo, as representações são, essencialmente, fenômenos sociais que têm de ser entendidos a partir de seu contexto de produção⁴⁵. Segundo Moscovici *apud* Ramos⁴⁶, os indivíduos tendem a reter as informações que confirmam as suas convicções, e que, uma vez formada uma

opinião tendem a conservá-la, desvalorizando aquilo que não se adapta aos seus conhecimentos.

Uma vez que os fisioterapeutas pertencem a uma categoria profissional regulamentada e com um código de ética estabelecido, buscou-se a associação da teoria das representações sociais com a epistemologia comparativa. Existem dois conceitos centrais na epistemologia comparativa de Ludwick Fleck. Estilos de pensamento e coletivos de pensamento. Para Fleck um estilo de pensamento pode ser entendido como um perceber dirigido, que corresponde a uma elaboração intelectual e objetiva do que é percebido, e que também corresponde a uma prática. Um estilo de pensamento não existe individualmente, mas no interior de um coletivo de pensamento composto por um determinado grupo de profissionais⁴¹. Fleck examina a conexão entre o modo de pensar de uma época e os conceitos que são considerados pertinentes para este mesmo período por meio de um condicionamento histórico-cultural e conclui que o pensamento seria formado a partir de uma rede intrincada de idéias estruturadas. Estas conexões de idéias, ricas em detalhes, garantem a natureza homogênea das opiniões. O autor sugere uma epistemologia comparada, com um princípio de pensamento que permite estabelecer relações entre as idéias atuais e as idéias do passado para compreender o estado presente do conhecimento⁴⁷.

Capítulo 2 – MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido numa abordagem qualitativa para uma melhor compreensão do cotidiano dos fisioterapeutas no atendimento aos pacientes com LER/DORT. A pesquisa qualitativa foi escolhida por responder a aspectos particulares e trabalhar com o universo das significações, motivações, aspirações, valores, crenças e atitudes, que compreendem o espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos⁴⁸. Um dos recursos metodológicos utilizados foi a entrevista semi-estruturada. Entende-se por entrevistas semi-estruturadas aquelas em que o informante fala livremente sobre o tema proposto, limitado, contudo, por um roteiro de questões^{48,49}.

Segundo Minayo⁴⁸ a entrevista como fonte de informação fornece dados referentes a fatos, idéias, crenças, maneiras de pensar; conduta ou comportamentos presente ou futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças. Este recurso é uma maneira privilegiada de coleta de dados por ter a capacidade de transmitir, por meio de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas⁴⁸.

Um segundo recurso utilizado foi a observação não-participante. Nesta observação a pesquisadora interfere o mínimo possível na situação investigada, e um dos pontos positivos é que ela independe do nível de conhecimento ou da capacidade verbal dos sujeitos observados. Optou-se por realizar a observação dos atendimentos; nenhum método simples resolve adequadamente o problema de pesquisa, sendo que cada método revela diferentes aspectos da realidade empírica^{49,50}. Assim, buscou-se triangular as unidades temáticas, resultante das análises das entrevistas, com a literatura existente e os dados das observações.

2.1 Amostra

Foram selecionados, por conveniência, fisioterapeutas que atendem pacientes com LER/DORT no município de Divinópolis, Minas Gerais. Para a localização desses profissionais foi realizada uma busca por clínicas de fisioterapia na lista telefônica. No primeiro contato, por telefone, foram explicitados os objetivos da pesquisa e os profissionais foram questionados sobre a área de atuação na fisioterapia, bem como sobre o ano de conclusão da graduação. Os fisioterapeutas foram comunicados que poderiam ser solicitados a participar do estudo num posterior contato e foram informados de que, caso concordassem em participar, concederiam uma entrevista. Nesta busca inicial, foram encontrados 28 fisioterapeutas que atuam na área de fisioterapia aplicada à ortopedia, com um tempo de graduação variando de um a 32 anos.

Após um segundo contato, as entrevistas foram marcadas, iniciando-se pelos fisioterapeutas com um maior tempo de conclusão de curso e posteriormente os que tinham menor tempo de atuação profissional. Durante a seleção dos participantes, adotou-se o critério de evitar a escolha de dois profissionais com o mesmo tempo de atuação com o objetivo de obter depoimentos de profissionais com experiências práticas diferenciadas. De acordo com Dahlgren, *apud* Daykin & Richardson⁵¹, as crenças dos fisioterapeutas mudam durante os primeiros dezoito meses após a graduação e podem continuar mudando de acordo com a experiência. Dos fisioterapeutas contatados, apenas dois se recusaram a conceder entrevista.

2.2 A coleta dos dados

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos fisioterapeutas participantes, no dia e horário escolhidos por eles. Foram feitas catorze entrevistas no total e o critério utilizado para sua interrupção foi o momento em que as informações se confirmaram e que o surgimento de novos dados tornou-se cada vez mais raro, constituindo a saturação⁴⁸. Desta forma, as variações da amostra estavam representadas e puderam ser compreendidas. As entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas K7 de sessenta minutos, com autorização prévia dos participantes. O tempo de entrevista variou de vinte minutos a uma hora. Ao término da pesquisa, foram obtidos 406 minutos de gravação, que geraram 118 páginas transcritas. Após a transcrição, os depoimentos foram encaminhados aos participantes para leitura e confirmação das informações concedidas.

A abertura de todas as entrevistas foi padronizada, inicialmente, os fisioterapeutas foram informados sobre o objetivo da pesquisa. Em seguida, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob o Parecer n.º ETIC 0012/06 (*Anexo I*). Posteriormente, conduzia-se a entrevista com base no roteiro previamente definido (*Anexo II*).

Um segundo recurso utilizado para a coleta de dados foi a observação não-participante. Nesta fase, os fisioterapeutas foram incluídos por meio de sorteio. A observação foi realizada durante uma sessão completa de atendimento de um paciente com LER/DORT, no local de trabalho de cada fisioterapeuta incluído, com base em um roteiro desenvolvido a partir dos dados colhidos nas entrevistas. No

total, foram feitas quatro observações, em diferentes locais. Os pacientes receberam informações sobre a pesquisa e, após concordarem em participar do processo de observação, também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (*Anexo III*).

2.3 Análise

A análise dos dados foi feita com base em unidades temáticas ou temas, que pode ser entendido como “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura³⁹”. Como sugerido por Bardin⁵² foram planejadas três etapas para a organização da análise:

- a) A pré-análise: nesta fase, o material bruto foi submetido à organização em unidades temáticas, retomando os objetivos iniciais da pesquisa.
- b) A exploração do material: o material selecionado na primeira leitura foi reorganizado em unidades temáticas orientado pelas categorias.
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta etapa, buscou-se ultrapassar o nível de descrição das falas e de observações para chegar à interpretação das informações.

A interpretação é uma seqüência da análise e sua meta é a busca de sentidos das falas e das ações para alcançar uma compreensão além dos limites do que é descrito⁵³. A teoria das representações sócias e a epistemologia comparativa serviram como suporte durante o processo de interpretação.

Os dados da observação serviram para registrar inter-relações ocorridas no espaço de atendimento, a disposição e a organização desse espaço. Tais anotações tiveram um papel complementar às entrevistas e foram consideradas suficientes para refletir as múltiplas dimensões da realidade estudada quando as idéias acerca das questões de pesquisa começaram a repetir-se⁵³.

Capítulo 3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ULBRICHT, L. **Fatores de risco associados à incidência de DORT entre ordenhadores em Santa Catarina**. 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Escola de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
2. OLIVEIRA, R. M. R. **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 – CRST/ES**. 2001. 143 f. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.
3. BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Portaria n.º 4062**, de 8 de agosto de 1987.
4. BRASIL. Ministério da Previdência Social. **L.E.R: lesões por esforços repetitivos**. Normas técnicas para avaliação da incapacidade. Brasília. INSS/CGSP, 1991. 31 p.
5. VERTHEIN, R. A. M.; MINAYO-GOMEZ, C. A construção do “sujeito doente” em LER. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 329–347, jul./out. 2000.
6. BORGES, L. H. As Lesões por esforços repetitivos: índice do mal-estar no mundo. **CIPA (Caderno Informativo de Prevenção de Acidentes): LER-Mal-Estar no Trabalho**.v. 21, n. 252, p. 50–61, 2000.
7. BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Instrução Normativa n.º 98**, de 5 de dezembro de 2003.
8. TAKAHASHI, M. C. B. A; CANESQUI, A.M. Pesquisa qualitativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 5, p. 1473-1483, set./out, 2003.
9. CHIAVEGATO, L. G. F; PEREIRA JR., A. LER/DORT: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 149–162, set. 2003–fev. 2004.
10. RIBEIRO, H. P. Lesões por esforços repetitivos (LER): uma doença emblemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 13, supl. 2, p. 85–92, 1997.
11. SALIM, C. A. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 11–24, mar., 2003.

12. ANTUNES, R. Os caminhos da liofilização organizacional: as formas diferenciadas da reestruturação produtiva no Brasil. **Idéias**, Campinas v. 9/10, p. 13–24, 2002–2003.
13. DIAS, C. *et al.* **Doenças relacionadas ao trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
14. VILELA, L. V. O.; ASSUNÇÃO, A. A. Os mecanismos de controle da atividade no setor de teleatendimento e as queixas de cansaço e esgotamento dos trabalhadores. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 1069-1078, 2004.
15. SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Caderno de Saúde Pública**. v. 18, n. 5, p. 114–166, set./out., 2002.
16. ASSUNÇÃO, A. A., ALMEIDA, I. M. Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho: membro superior e pescoço. *In: Patologia do trabalho*. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003, v. 2, p. 1501–1539.
17. BRASIL. Diário Oficial da União. República Federativa do Brasil. **Norma técnica sobre distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – DORT**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 ago., 1998.
18. SATO, L. Ler: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 147–152, jan./ fev., 2001.
19. WALSH, I. A. P., CORRAL, S., FRANCO, R. N., CANETTI, E. E. F., ALEM, M. E. R., COURY, H. I. C. G. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 149-156, 2004.
20. SANTOS FILHO, S. B.; BARRETO S. M. Algumas considerações metodológicas sobre os estudos epidemiológicos das lesões por esforços repetitivos (LER). **Cadernos de Saúde Pública**. v. 14, n. 13, jul./set., 1998.
21. ASSUNÇÃO, A. A. Os Dort e a dor os Dort. *In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DA MEDICINA DO TRABALHO*, 11, 2001, Belo Horizonte. **Anais ...** 2001.
22. MUROFUSE, N. T., MARZIALE, M. H. P. Mudanças no trabalho e na vida de bancários portadores de lesões por esforços repetitivos: LER. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 19-25, 2001.
23. MERLO, A. R. C; JACQUES, M. G. C.; HOEFEL, M. G. L. Trabalho de grupo com portadores de LER/DORT: relato de experiência. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 1, 2001.

24. SAMPAIO, R. F; NAVARRO, A. I. G; MARTIN, M. M. Incapacidades laborales: problemas em la reinserción al trabajo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 809–815, out./dez., 1999.
25. MINAYO-GOMEZ, C; THEDIM-COSTA S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 21–32, 1997.
26. FORDYCE, W. E.; ROBERT, A. H; STERNBACH, R. A. The behavioral management of chronic pain. **Pain**, v. 22, p. 113–125, 1985.
27. ASGHARI, A.; NICHOLAS, M. K. Pain self efficacy beliefs and pain behavior. A prospective study. **Pain**, v. 94, p. 85–100, 2001.
28. LIMA, M. A. G; NEVES, R; SÁ, S; PIMENTA, C. Atitudes frente à dor em trabalhadores de atividades ocupacionais distintas: uma aproximação da psicologia cognitivo-comportamental. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n. 1, p. 163–173, 2005.
29. STROUD, W. *et. al.* The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. **Pain**, v. 84, p. 347–352, 2000.
30. JENSEN, P. M. *et,al.* Further evaluation of pain stages of change questionnaire: is the transtheoretical model of change useful for patients with chronic pain? **Pain**, v. 86, p. 255–264, 2000.
31. MOORE, J. E., KORFF, M. V., CHERKIN, D., SAUNDERS, K., LORIG, K. A randomized trial of a cognitive-behavioral program for enhancing back pain self care in a primary care setting. **Pain**, v. 88, p. 145–153, 2000.
32. BROW, C. A. The beliefs of people with chronic pain in relation to ‘important’ treatment components. **European Journal of Pain**, v. 8, p. 325-333, 2004.
33. McCRAKEN, L. M. Coping or acceptance: what to do about chronic pain?. **Pain**, v. 105, p. 197–204, maio, 2003.
34. VOWLES, K. E; GROSS, R.T. Work-related beliefs about injury and physical capability for work in individuals with chronic pain. **Pain**, v. 101, p. 291–298, 2003.
35. SATO, L. *et al.* Atividades em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 79, n. 21, p. 49–62, 1993.
36. CROMIE, E. J.; ROBERTSON, J. V.; BEST, O. M. Work-related musculoskeletal disorders and the culture of physical therapy. **Physicaltherapy**, v. 82, p. 459–472, 2002.
37. RICHARDSON, B. Professional development, 2: Professional knowledge and situated learning in the workplace. **Physiotherapy**, v. 81, n. 9, p. 467–474, set., 1999.

38. JOVCHELOVITCH, S. Psicologia social, saber, comunidade e cultura. **Psicologia e Sociedade**. v. 16, n. 2, 2004.
39. ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER F. **O método nas ciências sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998. 203 p.
40. MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigação em psicologia social. 4. ed. Petrópolis, 2003.
41. PFUETZENREITER, M. R. A epistemologia de Ludwick Fleck como referencial para a pesquisa no ensino na área da saúde. **Ciência e Educação**. v. 8, n. 2, p. 147–159, 2002.
42. SINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**. v. 9, n. 3, p. 300–308, 1993.
43. CARDOSO, M. H. C. A.; GOMES, R. Representações sociais e história: referenciais teórico- metodológicos para o campo da saúde coletiva. **Caderno de Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 499-506, 2000.
44. GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. A representação e a experiência da doença: Princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. *In*: Minayo, M. C. S.; DESLANDESA, S. F. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro, Fiocruz, 109–132, 2002.
45. GAZZINELLI, M. F., GAZZINELLI, A.; REIS, D. C. ; PENNA, C. M. M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 200-206, jan-fev, 2005.
46. RAMOS, M. Representações sociais da matemática. A bela ou o monstro? **Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 46, p. 71–90, 2004.
47. KOIFMAN, L. O modelo biomédico do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, mar./jun., 2001, v. 8, n. 1, p. 48–70.
48. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
49. TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.
50. PATTON, M. Q. **Qualitative research & evaluation methods**. New Delhi: Sage Publications, 2002. 42.
51. DAYKIN, A. R., RICHARDSON, B. Physiotherapist's pain beliefs and their influence on the management of patients with chronic low back pain. **Spine**, v. 29, n. 7, p. 783-795, 2004.

52. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 1979.
53. MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA E. R. **A avaliação por triangulação de métodos**. Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

**UM OLHAR SOBRE A LER/DORT NO CONTEXTO CLÍNICO DO FISIOTERAPEUTA
AN OVERVIEW OF RSI/WRMD AND THE PHYSICAL THERAPIST WITHIN THE CONTEXT OF CLINICAL
PRACTICE**

AUGUSTO VG, SAMPAIO RF, TIRADO MGA, MANCINI MC, PARREIRAVF.

Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

Correspondência para: Viviane Gontijo Augusto, Rua Francisco Ferreira Lopes 115 ap 302, cep 35500084, centro, Divinópolis, MG. Fone: (37)32127195 E-mail: augustoviviane@oi.com.br

**Título curto: UM OLHAR SOBRE A LER/DORT
AN OVERVIEW OF RSI/WRMD**

Palavras-chaves: LER/DORT, representação social, epistemologia comparativa, fisioterapia, pressuposto clínico.

Keywords: RSI/WRMD, social representation, comparative epistemology, physical therapy, clinical assumption

Resumo

Objetivos: Conhecer as representações do fisioterapeuta a respeito da LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e analisar como estas representações interferem na prática clínica destes profissionais. **Metodologia:** o estudo foi realizado numa abordagem qualitativa e os recursos metodológicos utilizados foram entrevista semi-estruturada e observação não-participante. A teoria das representações sociais e a epistemologia comparativa serviram como referenciais teóricos. Participaram do estudo catorze fisioterapeutas da cidade de Divinópolis, Minas Gerais. **Resultado:** a representação dos fisioterapeutas sobre LER/DORT e o doente foi elaborada coletivamente a partir da realidade cotidiana e configurou-se entre os entrevistados um estilo de pensamento que se baseia em um reducionismo biologista com uma concepção mecanicista do organismo humano. **Conclusão:** não basta concentrar esforços na tentativa de restaurar o funcionamento normal do corpo se as demandas do paciente são desconsideradas. O conhecimento técnico científico do fisioterapeuta deve ser conciliado com a expressão subjetiva do paciente na busca de estratégias de intervenção mais eficazes.

Abstract

Objective: To investigate physical therapists' representations as regards RSI/WRMD (Repetitive Strain Injury/Work-Related Musculoskeletal Disorders) and to analyze how these representations interfere in these healthcare providers' clinical practice. **Methodology:** The study was carried out taking a qualitative approach and the methodological tools utilized were the semi-structured interview and non-participant observation. Triangulation of methods was chosen to expand references and views of the investigated object. The social representations theory and comparative epistemology were the underlying theoretical bases. 14 physical therapists in Divinópolis, Minas Gerais participated in the study. The physical therapists' representation of RSI/WRMD and the patient was collectively elaborated from their daily practice and a reductionist way of thinking with a mechanistic conception of the human organism was observed. On interview analysis, it was possible to note that this representation of RSI/WRMD engenders a way of thinking which is conducive to patient culpability and professional complacency when faced with the complexity of the problem. **Conclusion:** It is not enough to direct all efforts towards restoring the normal functioning of the body if the patient's needs are disregarded. Healthcare professionals' scientific and technical knowledge should be reconciled with the patient's subjective expression in the search for more effective interventional strategies

INTRODUÇÃO

No Brasil, a síndrome de origem ocupacional, composta de afecções que atingem os membros superiores, região escapular e pescoço foi reconhecida em 1991, pelo Ministério da Previdência Social como Lesões por Esforços Repetitivos (LER), por meio da Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade¹. Em 1997, com a revisão desta norma foi introduzida a expressão Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT).

A instrução normativa do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)² usa a expressão LER/DORT para estabelecer o conceito da síndrome e declara que a mesma não é fruto exclusivo de movimentos repetitivos, mas pode ocorrer pela permanência de segmentos do corpo em determinadas posições por tempo prolongado. A necessidade de concentração e atenção do trabalhador para realizar suas atividades e a pressão imposta pela organização do trabalho são fatores que interferem significativamente para a ocorrência da doença². Na década de 90 houve um crescimento acelerado dos casos de LER/DORT no Brasil. O que antes parecia uma síndrome isolada, causada pela susceptibilidade do trabalhador exposto a riscos, transformou-se numa epidemia. Este crescimento pode ser atribuído ao processo de reestruturação produtiva ocorrido no Brasil, que trouxe a precarização das situações de trabalho, e ao reconhecimento social e legal da LER.³ É importante destacar que a LER/DORT tem origem multifatorial e que a imprecisão diagnóstica dificulta o processo de associação entre o adoecimento e o histórico profissional do trabalhador que apresenta os sintomas⁴. Para aumentar a complexidade dos casos, as crenças e o próprio comportamento do doente exercem influências marcantes sobre a dor, a incapacidade e o resultado do tratamento.

Diante deste quadro intrincado, alguns profissionais chegam a levantar a hipótese de ganho secundário ou comportamento exagerado do paciente diante da doença⁵. Entretanto, a possibilidade de ganho secundário é descartada por vários autores, pois indivíduos que possuem diagnóstico de LER/DORT enfrentam inúmeros preconceitos e grandes dificuldades para reinserção profissional e social.^{6,7}

No Brasil existem alguns centros de atendimento integral ao trabalhador adoecido que adotam uma abordagem interdisciplinar e atuam sobre a esfera corporal, psicossocial e afetiva⁷. No entanto, muitos trabalhadores não têm acesso a esses centros de assistência e são tratados pelo sistema de saúde conveniado, sem esta abordagem interdisciplinar. Assim, o trabalhador que apresenta sintomas de formigamento, dor e limitação da capacidade laboral freqüentemente procura um médico, que, após diagnóstico e tratamento, o encaminha para a fisioterapia. O fisioterapeuta ao atender o paciente com LER/DORT vive um paradoxo entre a subjetividade inerente à síndrome e a objetividade do tratamento. Considerando que as representações dos fisioterapeutas a respeito da doença e do doente podem influenciar nas formas de encaminhar a assistência fisioterapêutica, faz-se necessário conhecer e investigar uma possível associação destas representações com a prática clínica.

Esta questão de pesquisa surgiu de observações realizadas no cotidiano de trabalho, em que profissionais da saúde e mais especificamente fisioterapeutas, rotineiramente fazem afirmações do tipo: “pacientes com LER/DORT não apresentam prognóstico favorável” ou “pacientes com LER/DORT sempre retornam ao tratamento”. A origem e a fundamentação deste tipo de pressuposto clínico ainda não estão claras, e pode-se questionar se isto não seria resultado de uma cultura criada e reforçada pelos profissionais em virtude de suas representações sobre os pacientes com LER/DORT e da interação com os colegas.

REFERENCIAL TEÓRICO

Na busca de um referencial teórico que ajudasse a compreender as questões expostas acima, optou-se pela teoria das representações sociais⁸ e pela epistemologia comparativa⁹. As representações sociais são modalidades de conhecimento particular que têm por função a elaboração de comportamentos e a comunicação de indivíduos. Este conhecimento parte de um conteúdo simbólico e prático, e, para ser considerado representação social, deve fazer

parte da vida cotidiana das pessoas e funcionar no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade⁸.

Na epistemologia comparativa de Ludewick Fleck destacam-se dois conceitos: o coletivo de pensamento e o estilo de pensamento. O primeiro é definido como “uma comunidade de pessoas intercambiando idéias mutuamente ou mantendo interação intelectual”; e o segundo, como “uma construção definida do pensamento, ou disponibilidades intelectuais para uma forma particular de ver e agir ao invés de qualquer outra^{9,10}”. Segundo Fleck, *apud* Koifman¹⁰, as doenças são entidades complexas que não podem ser descritas em termos de causalidade simples. Uma compreensão global do fenômeno exige a consideração das diversas perspectivas para uma aproximação da totalidade.

A escolha destas teorias fundamenta-se no fato de que os depoimentos se apresentaram carregados de expressões relativas ao senso comum, às crenças e ao comportamento dos fisioterapeutas, inter-relacionados com o contexto social.

METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido numa abordagem qualitativa buscando conhecer aspectos particulares e trabalhar com o universo dos significados, motivações, valores e atitudes, que compreendem o espaço mais profundo das relações e fenômenos¹¹. Um dos recursos metodológicos utilizados foi a entrevista semi-estruturada.

Foram selecionados por conveniência, fisioterapeutas que atendem pacientes com LER/DORT no município de Divinópolis, Minas Gerais. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos fisioterapeutas participantes, no dia e horário escolhidos por eles. Foram feitas catorze entrevistas e o critério utilizado para interrupção foi o momento em que as informações se confirmaram e que o surgimento de novos dados se tornou cada vez mais raro¹¹. As entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas K7 de sessenta minutos, com autorização prévia dos participantes, e a duração variou de vinte minutos a uma hora. Ao

término da pesquisa foram obtidos 406 minutos de gravação que geraram 118 páginas transcritas. Após a transcrição, os depoimentos foram encaminhados aos participantes para leitura e confirmação das informações. A abertura de todas as entrevistas foi padronizada: inicialmente, os fisioterapeutas foram informados sobre o objetivo da pesquisa e, em seguida, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob o Parecer n.º ETIC 0012/06. Posteriormente, conduziu-se a entrevista com base em um roteiro definido previamente que abordava questões como: O que pode ser considerado causa da LER/DORT? Quais fatores interferem no tratamento de pacientes com LER/DORT? Qual o foco do fisioterapeuta na avaliação destes pacientes e qual o critério para decidir sobre a alta? Como o fisioterapeuta se sente cuidando destes pacientes?

Um segundo recurso utilizado para a coleta de dados foi a observação não-participante e, para esta fase, os fisioterapeutas foram incluídos por meio de sorteio. A observação foi realizada durante uma sessão de atendimento de um paciente com LER/DORT, com base em um roteiro desenvolvido a partir dos dados coletados nas entrevistas. No total foram feitas quatro observações. Os pacientes receberam informações sobre a pesquisa e, após concordarem em participar do processo de observação, também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos da pesquisa

Foram entrevistados onze mulheres e três homens, sendo que os nomes dos participantes foram substituídos por pseudônimos para preservar as suas identidades. O tempo de conclusão do curso de fisioterapia variou entre 1 e 32 anos.

Nenhum dos participantes graduou-se na década de 80 e a maior parte dos profissionais possuíam título de especialista. Todos os fisioterapeutas que participaram do estudo trabalhavam com outros em um mesmo local. Isto pode ser um fator interessante ao considerar-se o que foi relatado por Richardson¹². Segundo a autora, as ações dos fisioterapeutas são fortemente influenciadas pelo ambiente de trabalho e pela percepção dos colegas mais velhos. Existe uma cultura no local de trabalho dos fisioterapeutas que se desenvolve em um contínuo processo de influência e interação profissional. As ações e interações dos profissionais reforçam os comportamentos aceitos pelo grupo em um mesmo local de trabalho¹². Vários entrevistados deram exemplos de situações em que idéias e estratégias de tratamento são compartilhadas:

“A influência dos colegas de profissão sabe [...] lá na universidade a gente tem outros colegas. Então, lá a gente acaba trocando idéias [...] a gente troca bastante informação.”(Dionísia)

“Nós temos reuniões semanais de trocas de experiências e tudo mais relativo a cursos que cada um de nós fez, que a gente transfere para os colegas.” (Marcelo)

Temas recorrentes nas entrevistas e observações

O processo de análise das entrevistas e das observações gerou três grandes temas que foram denominados de movimentos. O primeiro movimento fala do processo de avaliação, tratamento e alta do paciente com LER/DORT e discute como os fisioterapeutas lidam com cada uma destas etapas do processo de reabilitação. O segundo movimento aborda o estigma da LER/DORT na perspectiva dos fisioterapeutas, destacando-se as representações, crenças e atitudes em relação à doença e ao doente. O terceiro movimento diz respeito ao conflito existente entre o saber do fisioterapeuta e como eles se sentem durante o tratamento destes pacientes.

Primeiro movimento: avaliação, tratamento e alta

Nas disposições preliminares da Resolução n.º 8 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), instituída em 20 de fevereiro de 1978, a avaliação, reavaliação e determinação das condições de alta do cliente submetido à Fisioterapia e/ou

Terapia Ocupacional constituem atos privativos do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional, respectivamente¹³. Entretanto, no que diz respeito ao atendimento do paciente com LER/DORT, são evidentes as dificuldades que o fisioterapeuta encontra para executar estas atividades. A avaliação e a alta do paciente são freqüentemente pautadas no modelo biomédico e centradas na estrutura e função do corpo.

“O alongamento sem dor, sem alteração da temperatura local, sem rigidez, sem retração. Quando eu vejo que todos os sinais clínicos que estavam presentes sumiram, aí eu acho que pode dar alta, sim.” (Fabrícia)

Para Bonet¹⁴ o conjunto de representações e práticas da cultura ocidental moderna, nos processos de saúde-doença priorizou a ordem biológica e possibilitou o que hoje se conhece como modelo biomédico. Tal modelo não deixa espaço para as dimensões sociais, psicológicas e comportamentais que teriam influência na doença. Tem, portanto, suas bases num reducionismo biologista no qual as doenças são caracterizadas por um agente etiológico reconhecido, um grupo de sinais e sintomas identificáveis, e alterações anatômicas consistentes. Esta preocupação pela objetivação da doença, que possibilitou à biomedicina constituir-se enquanto saber científico ocasionou o seu distanciamento dos interesses do doente.¹⁴

“ [...] aí a pessoa insiste em me falar do trabalho, mas eu insisto em olhar a parte fora do trabalho.” (Vanessa)

Na visão dos fisioterapeutas entrevistados a própria etiologia da LER/DORT está reduzida a três tipos de abordagens: biológica, psicológica e sociológica. Estas abordagens contrariam os achados da literatura especializada em saúde do trabalhador que evidencia a ligação íntima do trabalho com as LER/DORT e declara que estas só podem ser compreendidas a partir de criteriosa avaliação da atividade laboral.¹⁵ Entre os fisioterapeutas mais voltados para a abordagem biológica, foram considerados fatores etiológicos da LER/DORT os aspectos biomecânicos e físicos.

“Movimento repetitivo, carregar peso excessivo, postura inadequada.” (Natália)

Os fisioterapeutas que priorizaram a abordagem psicológica apontaram as falhas de comportamento ou a susceptibilidade dos próprios trabalhadores como possíveis fatores desencadeadores do processo de adoecimento. Esta concepção descaracteriza o vínculo com o trabalho, apresentando o trabalhador doente como naturalmente predisposto.

“É o tipo de atividade, a repetição, a postura inadequada, máquinas inadequadas, sabe? mas começa, começa primeiro com essa tensão, essa angústia de ter que dar conta daquilo, sabe? O medo de perder o emprego e o caráter depressivo do paciente.” (Marcelo)

O estudo de Sato *et al.*¹⁶ mostrou evidências contrárias, onde os traumas psicológicos, a culpa e a auto-estima diminuída são considerados conseqüências da doença e, não, pilares de uma personalidade naturalmente predisposta a adoecer.

Alguns dos fisioterapeutas entrevistados, mesmo reconhecendo as pressões oriundas da organização do trabalho, pareciam ainda, desacreditar no sofrimento dos trabalhadores diante das limitações impostas pela LER/DORT. Os entrevistados que adotaram esta atitude atribuíram ao contexto socioeconômico e cultural um papel preponderante na gênese da doença, acreditando que as LER/DORT são simulações caracterizadas por artifícios utilizados pelos trabalhadores, tendo em vista benefícios relacionados a salário.

“Tenho casos de pessoas que realmente conseguiram, até mesmo aposentar e, particularmente, eu vejo na intimidade que em uma vida relativamente normal. Pessoas que jogam tênis, peteca e estão afastadas.” (Gustavo)

“A pessoa prefere se acomodar, ter uma aposentadoria garantida pro resto da vida e saber que não precisa mais trabalhar e que pelo menos tá garantindo o salariozinho dela lá todo mês.” (Bruna)

Pode-se dizer que é difícil visualizar os ganhos do trabalhador com tal simulação, uma vez que, depois de confirmado o diagnóstico de LER/DORT ele enfrenta diversos preconceitos e dificuldades de reinserção social e profissional. Incapacitados por essas lesões e pertencendo à faixa etária mais produtiva, os trabalhadores perdem o referencial de vida representado pela sociabilidade do trabalho ao aposentarem-se precocemente¹⁷. Vários autores defendem que a determinação da LER/DORT perpassa pela estrutura social, relacionando-se, sobretudo com as mudanças na organização do trabalho e com as inovações tecnológicas da

reestruturação produtiva. O advento de novos processos de trabalho trouxe maior sobrecarga e maior intensificação do ritmo com tarefas pouco diversificadas^{5,6,17}.

A falta de sinais objetivos que caracterizem a doença favorece a sustentação de abordagens parciais como as descritas acima. A invisibilidade da doença, a evolução clínica imprevisível e a subjetividade da dor fazem com que os profissionais, muitas vezes, se mostrem perdidos diante do quadro:

“O quadro de dor pra gente é muito difícil, é muito subjetivo você questionar a dor do paciente, né? Então a gente vê que já teve alguma melhora, de repente ele chega com muita dor, e aí você fica meio por entender, né?” (Carla)

Alguns entrevistados também demonstraram despreparo para reconhecer e distinguir LER/DORT de outras patologias musculoesqueléticas. Em alguns casos consideram qualquer patologia de membro superior e cintura escapular como LER/DORT, independente donexo causal com o trabalho, como pôde ser registrado na fase de observação das sessões de tratamento. Por exemplo, um dos pacientes agendado pelo fisioterapeuta, para o processo de observação era idoso, aposentado e apresentava um quadro de degeneração articular cervical crônica. Esta dificuldade na definição dos casos de LER/DORT também pôde ser percebida nas entrevistas:

“A maioria dos pacientes com LER/DORT, eles chegam com um exame pouco direcionado, né, do que é realmente LER /DORT. Eu já tive caso de atender paciente aqui com indicação de LER/DORT e depois eu fui ver era uma cervicobraquiálgia.” (Gustavo)

“Todo mundo já escutou esse termo LER e DORT e todo mundo fala que isso só acontece com a profissão, né? E a gente sabe que isso também pode ser dentro de casa, onde for.” (Dionísia)

As dificuldades encontradas no processo de reconhecimento da doença e na avaliação dos pacientes com LER/DORT interferem drasticamente na definição de um plano de tratamento adequado e no estabelecimento de critérios para alta, principalmente nos casos crônicos.

“ Você pode, por exemplo, indicar uma crioterapia para ele e daqui a três dias, você tirar a crio, porque a dor dele aumentou e ele não tolera o gelo...aí você passa para o quente ou para o banho de contraste.”(Janaína)

O momento da alta é particularmente difícil, seja devido às restrições do próprio sistema de saúde conveniado, seja por insegurança do profissional.

“A alta de pacientes desses casos é a coisa que mais incomoda a gente, então por isso que eu acho que trabalhar em equipe é muito bom. [...] eu acho que a equipe dá um suporte muito grande uma segurança pra quem tá dando esta alta.” (Janaína.)

“Muitas vezes a gente nem consegue dar alta pro paciente, porque, quando a gente pede pra eles voltarem, eles não voltam, né? [...] eles fazem dez sessões e param, a fisioterapia é por convênio e eles param por questões financeiras.” (Dionísia)

Diante do exposto, surgem diferentes questões, tais como: A adoção do modelo biomédico é suficiente para atender e entender a demanda de pacientes crônicos? Por que o foco do tratamento é o alívio dos sintomas e, não, a disfunção do movimento ou a eliminação dos fatores causais? Se a prioridade é aliviar sintomas, sem identificar e eliminar as causas, não é provável que estes sintomas retornem com o tempo?

A instrução normativa do INSS de 2003 esclarece que o tratamento convencional realizado para a dor aguda não é efetivo em condições crônicas. Além disso, o profissional pouco habituado no manejo destas condições tem dificuldades para aceitar o fato de que alguns pacientes, mesmo afastados do trabalho e recebendo tratamento, não apresentem melhoras².

Talvez a falta de definição exata do papel do fisioterapeuta no atendimento destes pacientes, o foco no alívio de sintomas e o descompasso entre avaliação, tratamento e alta apontem algumas respostas para as questões relacionadas com prognóstico desfavorável da LER/DORT, como foi citado na introdução deste trabalho. A compreensão da gênese da LER/DORT parece fundamental para abordagens mais eficazes e resolutivas.

Segundo movimento: o estigma da LER/DORT

Baszanger¹⁸, em seu trabalho sobre experiência e tratamento da dor, ressalta que nos casos de dor crônica a experiência do paciente é considerada o principal alvo da terapia. Isto é, o paciente constrói com o profissional de saúde, de acordo com a sua experiência particular,

o tratamento adequado para ele. Objetiva-se com esta abordagem que o paciente aprenda a tratar e a lidar com a sua dor. No entanto, isto parece impossível se a dor for considerada como uma manifestação subjetiva do doente e que conseqüentemente não pode ser ouvida. Ou ainda se existir a crença, por parte dos profissionais, na capacidade de simulação dos pacientes para obtenção de ganhos secundários.

“Muitos pacientes aproveitam da fama e do mistério que envolve a LER/DORT. Eu às vezes acredito que tem pacientes que tem um pouco de farsa sobre a patologia.” (Gustavo)

“Então a pessoa aproveita disso para tirar uma licença, ficar um tempo fora, eu acho que às vezes o negócio é meio sugestionado.” (Bruna)

Estas proposições são muito criticadas, por excluir a possibilidade de o trabalho constituir-se como um elemento do processo de adoecimento. A radical separação entre o trabalho e o corpo que adoece acaba encontrando uma ancoragem na idéia de predisposição¹⁹.

Viana²⁰ relata que a adaptação a uma condição crônica pode ser afetada por fatores psicológicos e que o modo como o paciente enfrenta os problemas advindos do processo de adoecimento deve ser considerado, uma vez que este enfrentamento interfere no seu nível de bem-estar. Para a autora, enfrentamento deve ser entendido como um processo que sofre modificações ao longo do tempo de acordo com as exigências do contexto. A busca de suporte social também é considerada uma estratégia fundamental no enfrentamento da doença e a falta deste suporte pode contribuir para uma pobre reabilitação do paciente com dor crônica. A influência destes aspectos psicossociais foi bem observada por alguns dos fisioterapeutas deste estudo, que recordaram como a atitude dos próprios profissionais de saúde ou mesmo a falta de apoio familiar pode influenciar negativamente na recuperação dos pacientes.

“Existem muitos pacientes com problemas familiares terríveis. [...] e isso põe o paciente numa situação miserável. O que tava difícil piora. Se não houver um isolamento de quadros muito dramáticos da família é difícil esse paciente melhorar. Tem pacientes que não podem parar de trabalhar, tem que tratar, tem que trabalhar e ficam numa situação terrível.” (Marcelo)

Terceiro movimento: conflito entre saber e sentir

Um aspecto marcante durante as entrevistas foi a hesitação dos entrevistados ao serem questionados sobre o modelo teórico adotado por eles no tratamento dos pacientes com LER/DORT. Alguns profissionais parecem ter confundido modelo teórico com teorias que fundamentam a utilização de recursos fisioterapêuticos ou com a adoção de protocolos de tratamento.

“Se ele chega com um quadro de dor a gente procura amenizar o que está acontecendo [...] eu não vou pegar um livro pra ver o que tá falando porque de repente não vai funcionar para aquele paciente.” (Carla)

Para Wolff *et al.*²¹ as dificuldades encontradas no tratamento de pacientes com dores crônicas são compostas não só por falhas no conhecimento, mas também, pelo comportamento dos profissionais diante da dor crônica. Os fisioterapeutas deste estudo foram questionados sobre a participação em cursos, congressos ou palestras sobre LER/DORT e sobre os fatores que podem interferir no tratamento dos pacientes com dor crônica. A maioria declarou ter participado de cursos ou congresso sobre os temas somente na época de faculdade e expuseram conceitos antigos quanto às diferenças existentes entre pacientes crônicos e agudos.

“O paciente agudo é mais fácil de tratar [...] o crônico fica, né? Muitas vezes não fazem o que a gente pede.” (Dionísia)

“O paciente agudo tem uma auto-estima melhor. O paciente crônico tem uma auto-estima ruim, ele meio que recusa o tratamento.” (Gabriela)

“Não tem nenhuma diferença, para tratar, não.” (Natália)

A evolução lenta dos pacientes foi atribuída à falta de cuidado ou de adesão do paciente ao tratamento proposto. Esta crença leva à culpabilização do paciente e à acomodação do profissional diante da complexidade das dores crônicas e da definição do tratamento.

Ainda com relação às formas de atualização do conhecimento, alguns fisioterapeutas relataram buscar informações sobre LER/DORT na internet, mas não revelaram o tipo de sites acessados, ou a qualidade das informações encontradas.

O paciente com LER/DORT torna-se um desafio porque coloca o fisioterapeuta diante de uma lacuna no seu saber. Esse não-saber, essa incerteza de um desfecho satisfatório, gera sentimentos de frustração, desgaste, desinteresse e até mesmo pânico.

“Ah! Eu vou ser sincera, eu tenho meio preguiça. É que eu acho que é um paciente mais difícil de ter uma melhora.” (Bruna)

“Péssima, detesto. Detesto tratar todas as ites, tenho pânico. Principalmente as relacionadas com o trabalho. Destas que a pessoa chega e fala: eu tenho LER. Eu acho que raramente a gente tem resultado.” (Gabriela)

Quase todos os entrevistados demonstraram sentimentos que representam a impotência do profissional no atendimento dos pacientes com LER/DORT. Tal sentimento talvez possa ser explicado pela visão reducionista do modelo biomédico, adotado pelos fisioterapeutas entrevistados, que dificulta uma terapêutica eficaz nesses casos. Há que se reconhecer que a LER/DORT apresenta uma etiologia complexa envolvendo elementos biológicos, psíquicos e sociais e que a ineficácia dos tratamentos pode ser ainda maior na presença de dor crônica. A dor crônica não apresenta causa mensurável e amplia a distância entre o conhecimento objetivo do fisioterapeuta e a experiência subjetiva do paciente. A distância entre esses dois pólos parece muito clara quando triangulamos as entrevistas com as observações. Em alguns momentos da entrevista os fisioterapeutas apontaram como fatores fundamentais para uma melhor qualidade do tratamento e prevenção da LER/DORT: capacidade de ouvir os pacientes (sua história clínica e suas queixas); traçar uma conduta clínica com base nas informações obtidas nas avaliações; orientar o paciente quanto ao posicionamento e postura adequada no trabalho, bem como sobre a prática de exercícios e alongamentos. Entretanto, durante a observação das sessões de tratamento, estes fatores não foram encontrados. Enquanto os fisioterapeutas aplicavam os recursos terapêuticos, os pacientes permaneciam lendo revistas, livros, ou até mesmo fazendo palavras cruzadas. Raramente havia diálogo entre o profissional e o paciente. Durante um atendimento, a paciente queixou-se de que a sua dor havia migrado do ombro

para o cotovelo, e o fisioterapeuta, imediatamente, mudou o local de aplicação do recurso terapêutico, como se o aparelho “corresse” atrás da dor.

Os pacientes não receberam orientações, com relação a cuidados posturais, durante as sessões observadas, e somente um paciente realizou exercícios de alongamento, destacado como importante intervenção na prevenção dos sintomas da LER/DORT. Um fisioterapeuta informou que os pacientes recebem as orientações no primeiro atendimento, durante a avaliação.

No estudo de Daykin e Richardson²² os fisioterapeutas classificaram os pacientes com dor lombar crônica em pacientes bons e pacientes difíceis. Os pacientes bons eram aqueles que apresentavam um quadro clínico bem definido, que estavam motivados com o tratamento e que ouviam as recomendações dos fisioterapeutas. E pacientes difíceis eram aqueles mais passivos, que não participavam do tratamento e que consultavam vários profissionais. Este tipo de classificação dos pacientes também apareceu nas entrevistas deste estudo:

“A pessoa que quer melhorar é mais interessada em tudo. Você fala assim: faz isso em casa, esse alongamento, coloca gelo em casa, ela coloca. [...] o paciente que não tá querendo ele não tem este tipo de preocupação, sabe?” (Gabriela)

Cromie, Robertson e Best²³ exploraram a percepção dos fisioterapeutas em relação a si mesmos sob a luz de valores como conhecimento, habilidades e atitudes de cuidado, após terem sido acometidos por desordens musculoesqueléticas. Foi evidenciada a presença da crença de que o conhecimento e a experiência tinham um benefício preventivo, reduzindo a possibilidade de os fisioterapeutas serem acometidos por lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho. O aspecto moralístico desta crença trouxe sofrimento para os profissionais doentes que acabaram sentindo-se responsáveis pelo próprio adoecimento. A idéia existente entre os profissionais é de que “se fizermos tudo corretamente, ficamos bem; então, se não estamos bem, é porque fizemos algo de errado”.

No presente estudo, ao serem questionados sobre a possibilidade de terem LER/DORT, os entrevistados destacaram as pressões do trabalho e a falta de autocuidado, como as principais causas de lesões musculoesqueléticas em fisioterapeutas.

“Muitos fisioterapeutas desenvolvem a LER/DORT. A gente sabe a importância da prevenção, a gente sabe a maneira correta de trabalhar, só que tem hora que não dá, né? [...] Então acho que com o paciente também é assim. Aquele que tem consciência e não faz (risos) realmente porque não se preocupa consigo mesmo ou então porque o próprio tempo e o local de trabalho não permitem.” (Marina)

Com relação aos procedimentos fundamentais na prevenção dos pacientes com LER/DORT, alguns entrevistados citaram a análise ergonômica e a ginástica laboral, ainda que ergonomia tenha sido simplificada à adequação de mobiliários e ambientes físicos.

“O trabalho intenso dentro das empresas mostrando a importância da ginástica laboral [...] para a prevenção a atividade física é fundamental, boa postura e alongamentos diários.” (Dionísia)

“Se eu pudesse, eu iria a todas as empresas e falava do jeito que tinha de ser a mesa, o computador, a escala de trabalho, implantar aquela ginástica laboral com eles pra poder prevenir os quadros de LER/DORT.” (Carla)

A ergonomia busca uma análise dos processos de reestruturação produtiva no que se refere à caracterização da atividade e à inadequação dos postos de trabalho. A caracterização da atividade é um elemento fundamental para atingir um funcionamento estável em quantidade e qualidade. Portanto, a atividade deve ser concebida considerando a diversidade da população de trabalhadores e da variabilidade inerente a ela. Muito além da adaptação física dos ambientes de trabalho é necessário conhecer e integrar as variáveis do indivíduo, às exigências e a organização do trabalho. Somente integrando estas variáveis, pode-se facilitar a qualidade de vida no trabalho e favorecer o funcionamento da produção^{24,25}. Quanto ao efeito da ginástica laboral na prevenção da LER/DORT, a literatura ainda é controversa. Embora tenha sido considerada importante na prevenção de lesões osteomusculares relacionadas ao desgaste e ao estresse no trabalho²⁶, alguns autores defendem que a ginástica laboral, quando adotada de forma isolada, não é suficiente para prevenir LER/DORT e pode distorcer a visão sistêmica necessária para abordar esse fenômeno complexo^{26,27}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, observou-se que, ao ser caracterizada por sintomas subjetivos como dor e parestesias, e pela ausência de sinais clínicos objetivos, a LER/DORT configurou-se como uma síndrome complexa para os fisioterapeutas entrevistados, sendo possível detectar um estilo de pensamento reducionista em relação a LER/DORT. Este estilo de pensamento revela que os entrevistados percebem o paciente de forma fragmentada, com uma concepção mecanicista do organismo humano. Também foi observado que as representações sociais dos fisioterapeutas entrevistados sobre a LER/DORT e sobre o doente foram elaboradas coletivamente a partir da realidade cotidiana do atendimento clínico. Como referencial teórico para a prática clínica, destacou-se a adoção do modelo biomédico favorecendo a visão de que o paciente é apenas o portador da doença. A falta de vínculo entre a doença e o doente provoca uma desconfiança no sofrimento do paciente, e reforça as intervenções tecnicistas. O foco do tratamento passa a ser a doença, e a distância entre o profissional e o doente torna-se cada vez maior. Os entrevistados que tentam ultrapassar o limite das concepções mecanicistas acabam por psicologizar o sofrimento dos indivíduos.

Independente do modelo teórico adotado pelo profissional é urgente que ele compreenda o processo de saúde de forma mais ampla, e entenda que o corpo biológico é criado e desenvolvido dentro de um ambiente cultural e social específico. Assim, a experiência, o sentimento e a história de cada indivíduo são fatores que devem ser reconhecidos no desenvolvimento das estratégias de intervenção. O conhecimento técnico-científico e objetivo do fisioterapeuta deve ser conciliado com a expressão subjetiva do paciente. Isto, porque, segundo Caponi²⁸ o sintoma nunca pode ser libertado do seu caráter subjetivo e parece estar inerente à oposição saúde e enfermidade. Um exemplo deste sintoma é a dor, que necessariamente variará de acordo com aquele que sente, e nem sempre poderá ser enunciada de um mesmo modo por diferentes sujeitos. Desta forma, não basta concentrar esforços na tentativa de reestruturar o funcionamento normal do corpo se as demandas do

paciente são desconsideradas. Também não basta procurar a prevenção das enfermidades pela normalização de condutas se a participação ativa do indivíduo for desprezada.

Os entrevistados demonstraram dificuldades para reconhecer e lidar com os aspectos subjetivos da LER/DORT. Tal conduta parece afetar negativamente a resolutividade dos tratamentos. Assim, o fracasso de algumas intervenções parece reforçar os pressupostos clínicos de que os pacientes com LER/DORT são pacientes difíceis, que não melhoram ou que sempre retornam ao tratamento. O próprio sistema de saúde reforça este pressuposto, uma vez que, o número de sessões de tratamento é determinado e limitado pelo convênio de saúde e não pela necessidade do paciente.

Vale ressaltar que o reconhecimento dos aspectos subjetivos, os quais raramente coincidem com os aspectos objetivos da doença, não implica em desconsiderar as alterações biológicas que possam estar presentes. Tais alterações devem ser tratadas com o objetivo de ampliar as margens de segurança e tolerância do indivíduo aos riscos impostos à saúde.

Espera-se contribuir para adoção de um modelo de cuidado em fisioterapia, que tenha como foco o sujeito em sua singularidade, com abertura para a escuta e o diálogo, para que o saber popular e o saber técnico possam ser decodificados e reconstruídos no encontro clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Previdência Social. L.E.R. Lesões por Esforços Repetitivos. Normas Técnicas para avaliação da incapacidade. Brasília: INSS/CGSP; 1991. 31 p.
2. Brasil. Ministério da Previdência Social. Instrução Normativa n. 98, de 5 de dezembro de 2003.
3. Ribeiro HP. Lesões por esforços repetitivos (LER): uma doença emblemática. *Cadernos de Saúde Pública* 1997; 13 supl. 2:85–92.
4. Antunes R. Os caminhos da liofilização organizacional: as formas diferenciadas da reestruturação produtiva no Brasil. *Idéias* 2003; 9/10: 13–24.
5. Assunção AA, Almeida I M. Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho: membro superior e pescoço. In: *Patologia do trabalho*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2003 p.1501–539.
6. Sampaio RF, Navarro AIG, Martin MM. Incapacidades laborales: problemas en la reinscripción al trabajo. *Caderno de Saúde Pública* 1999; 15(4): 809–15.
7. Pinto PR, Moraes GC, Minghini BV. Confiabilidade de um modelo de avaliação para portadores de LER/DORT: A experiência de um serviço público de saúde. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2005; 1.9(1): 85–91.
8. Moscovici, S. Representações sociais: investigação em psicologia social. 4.^a ed. Petrópolis, RJ; 2003.
9. Camargo Junior KR. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec; 2003.
10. Koifman, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2001 mar/jun, v. 8, n. 1: 48–70.
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8.^a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
12. Richardson, B. Professional development. *Physiotherapy* 1999 set; 81(9): 467–474.
13. Resolução n. 8, de 20 de fevereiro de 1978, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Brasília, DF, 1978.
14. Bonet O. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. 136 p.
15. Chiavegato LGF, Pereira Junior A. LER/DORT: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 2004 set; 8(14): 149–162.

16. Sato L, et al. Atividade em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* 1993; 79(21): 49–62.
17. Orso PJ, Murofuse NT, Matias LV, Marziale MHP. Reflexões acerca das lesões por esforços repetitivos e a organização do trabalho. *Rev. Online Bibl. Prof. Joel Martins* 2001; 2(2): 47–58.
18. Baszanger I. Pain: its experience and treatments. *Soc. Sci. Med, Great Britain* 1989; 29(3): 425–434.
19. Verthein MAR, Minayo-Gomez C. As armadilhas e bases discursivas da neuropsiquiatria das LER. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001; 6(2): 457–470.
20. Viana SO. Trabalhadores com lesão por esforço repetitivo: explorando relações entre limitação funcional, enfrentamento e satisfação com a vida [Dissertação]. Belo Horizonte: UFMG; 2005.
21. Wolff MS, Michel TH, Krebs DE, Watters NT. Chronic pain-assessment of orthopedic physical therapists' knowledge and attitudes. *Physical Therapy* 1991;71(3): 207–214.
22. Daykin, RA., Richardson, B. Physiotherapists' pain beliefs and their influence on the management of patients with chronic low back pain. *Spine* 2004, v. 29, n. 7: 783–795.
23. Cromie, EJ, Robertson, JV, Best, OM. Work-related musculoskeletal disorders and the culture of physical therapy. *Physical Therapy* 2002, v. 82: 459–472.
24. Abrahão, JI. Reestruturação produtiva e variabilidade do trabalho: uma abordagem da ergonomia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2000 jan/abr, v. 16, n. 1: 49–54.
25. Assunção, AA, Lima, FPA. A novidade no trabalho: contribuição da ergonomia. In: Mendes, R. *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2002.
26. Pinto, ACCS. Ginástica laboral aplicada à saúde do cirurgião dentista. Um estudo de caso da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – SC. Florianópolis: UFSC, 2003. Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em engenharia de produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.
27. Longen, W. C. Ginástica laboral na prevenção da LER/DORT? Um estudo reflexivo em uma linha de produção. Florianópolis: UFSC, 2003. Dissertação do Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
28. Caponi, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 1997 jul/out, v. 4, n. 2: 287–307.

Capítulo 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal pergunta deste estudo foi a respeito da origem e fundamentação para os pressupostos clínicos da fisioterapia em relação aos pacientes com LER/DORT. Tais pressupostos consideram que os pacientes com LER/DORT não apresentam bom prognóstico e que existe uma tendência à cronificação do problema. Assim se optou pela metodologia qualitativa, no intuito de interpretar e aprofundar estas questões pela entrevista e pela observação.

No decorrer da análise das entrevistas foi possível perceber que a representação da LER/DORT para os fisioterapeutas gera um estilo de pensamento que favorece a culpabilização do paciente e a acomodação do profissional diante da complexidade do problema. As narrativas apontaram uma dificuldade em considerar a manifestação subjetiva do doente e uma crença na capacidade de simulação deste para obtenção de ganhos secundários. Os profissionais se valorizam enquanto detentores de um saber, portanto, a prevenção e o tratamento da LER/DORT passam pela adesão do paciente às suas orientações. Acredita-se que, se os pacientes aderem às propostas de tratamento e seguem as orientações, eles garantem sua saúde e são considerados bons pacientes; do contrário são vistos como pacientes difíceis. Assim, se os desfechos são insatisfatórios, os fisioterapeutas sentem-se frustrados e desgastados.

A observação dos atendimentos constituiu-se como mais uma forma de aproximação do objeto de estudo e os dados registrados mostraram existência de um descompasso entre a teoria e a prática. Apesar de destacar a importância da

escuta e da observação dos pacientes para escolha das estratégias de intervenção, os fisioterapeutas demonstraram uma prática tecnicista.

Acredita-se que este estudo, ao apontar para uma possível origem dos pressupostos clínicos sobre LER/DORT, pode contribuir para que os profissionais consigam atender de forma mais sistematizada, integralizada e centrada nas demandas dos pacientes.

ANEXO II

**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS NO ESTUDO**

N.º _____

Título da pesquisa: “UM OLHAR SOBRE A LER/DORT NO CONTEXTO CLÍNICO DO FISIOTERAPEUTA”**Objetivo:** conhecer as representações dos fisioterapeutas em relação a LER/DORT e analisar como estas representações se associam com o tratamento destes pacientes.

Esta pesquisa está sendo desenvolvida junto ao Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

Responsáveis: D.ra Rosana Ferreira Sampaio (professora adjunta do Departamento de Fisioterapia) e Viviane Gontijo Augusto (fisioterapeuta, aluna do curso de mestrado em ciências da reabilitação/Universidade Federal de Minas Gerais). Telefones para contato: (31) 3499.4781ou (37) 9113.6116**Procedimentos:** Os fisioterapeutas que concordarem em participar desta pesquisa concederão uma entrevista que será registrada em gravador e posteriormente transcrita, de forma a recuperar a integralidade do depoimento.

A transcrição será encaminhada ao entrevistado, para que este possa revisar e efetuar as correções porventura necessárias, assinada e devolvida à pesquisadora. Trechos da entrevista poderão ser apresentados na dissertação ou em qualquer outra forma de publicação científica, sem a identificação do entrevistado.

Alguns dos fisioterapeutas, previamente entrevistados, serão selecionados para a fase de observação não-participante. A observação será direcionada ao profissional durante a avaliação e uma sessão de tratamento de pacientes com LER/DORT. Os pacientes receberão informações sobre a pesquisa e, se concordarem em participar do processo de observação, também assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO III). Durante a observação, a pesquisadora não fará nenhum tipo de interrupção, pergunta ou intervenção e, portanto, não haverá nenhum prejuízo para o paciente. O fisioterapeuta é livre para recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para si.

Riscos e benefícios: A realização desta pesquisa não oferece qualquer risco e em nenhuma situação serão reveladas as identidades dos participantes. Nenhum participante receberá compensação financeira ou terá qualquer tipo de despesa participando do estudo. Os resultados deste trabalho poderão ajudar os fisioterapeutas e outros profissionais da área da saúde a compreenderem como as crenças e comportamentos dos profissionais interferem no tratamento dos pacientes com LER/DORT, podendo contribuir para melhorar a qualidade da atenção oferecida.

Diante destas informações, se for da sua vontade participar deste estudo, por favor, preencha o consentimento abaixo.

Consentimento: Declaro que li e entendi as informações acima e que todas as dúvidas foram esclarecidas.

DATA:

Assinatura:

COEP: 31 34994599

ANEXO III

**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO DOS PACIENTES NO ESTUDO**

N.º _____

Título da pesquisa: “UM OLHAR SOBRE A LER/DORT NO CONTEXTO CLÍNICO DO FISIOTERAPEUTA”

Objetivos: Esta pesquisa tem como objetivos investigar as representações do fisioterapeuta sobre os pacientes com distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho (LER/DORT) e analisar como estas representações interferem no tratamento destes pacientes.

Responsáveis: D.ra Rosana Ferreira Sampaio (professora adjunta do Departamento de Fisioterapia e Viviane Gontijo Augusto (aluna do curso de mestrado em ciências da reabilitação/Universidade Federal de Minas Gerais). Telefones para contato: (31) 3499.4781 ou (37) 9113.6116.

Procedimentos: A pesquisadora fará a observação da sua avaliação, realizada pelo profissional de Fisioterapia e de uma sessão de tratamento. A observação é direcionada ao fisioterapeuta e não será feito nenhum tipo de interrupção, pergunta ou intervenção e, portanto, não haverá nenhum prejuízo para você.

Você é livre para recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

Riscos e benefícios: A realização desta pesquisa não oferece nenhum risco e em nenhum momento será revelada a identidade dos participantes. Nenhum participante receberá compensação financeira ou terá qualquer tipo de despesa participando do estudo.

Os resultados deste trabalho poderão ajudar os fisioterapeutas e outros profissionais da área da saúde a compreenderem como as crenças e comportamentos dos profissionais interferem no tratamento dos pacientes com lesões osteomusculares relacionadas ao trabalho (LER/DORT), podendo contribuir para melhorar o atendimento oferecido.

As informações obtidas serão usadas na dissertação de mestrado desenvolvida no Programa de mestrado em ciências da reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais ou em qualquer outra publicação científica.

Diante destas informações, se for da sua vontade participar deste estudo, por favor, preencha o consentimento abaixo.

Consentimento: Declaro que li e entendi a informação acima e que todas as dúvidas foram esclarecidas.

Data:

Assinatura:

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Título da pesquisa: “UM OLHAR SOBRE A LER/DORT NO CONTEXTO CLÍNICO DO FISIOTERAPEUTA”

Objetivos do estudo: Conhecer as representações do fisioterapeuta em relação aos pacientes com LER/DORT e analisar como estas representações interferem no atendimento destes pacientes.

1. Fale um pouco sobre a sua rotina de trabalho.
2. Com que frequência você atende um paciente com queixa de dor nos membros superiores de origem inflamatória?
3. Quais são as patologias mais frequentes em seu local de trabalho?
4. Qual a sua opinião de correlacionar queixa de dor nos membros superiores e a atividade profissional dos pacientes?
5. Como você descreveria um paciente com LER/DORT?
6. O que você considera como causa da LER/DORT?
7. Você já participou de algum curso, congresso ou palestra sobre LER/DORT? Fale-me um pouco sobre isto.
8. Na sua opinião existem maneiras apropriadas para a realização de tarefas no trabalho que reduzem o risco de LER/DORT?
9. Você considera que existem diferenças entre pacientes com dores crônicas e pacientes com dores agudas? Na sua opinião quais são essas diferenças?
10. Quais fatores poderiam influenciar na qualidade do tratamento dos pacientes com dores crônicas?
11. Quanto tempo um paciente com LER/DORT fica no serviço da fisioterapia?
12. Qual o seu foco na avaliação destes pacientes?
13. Qual o seu critério para decidir sobre a alta do paciente?
14. Para você quais são os fatores que interferem no tratamento dos pacientes com LER/DORT? O que contribui para uma boa evolução e o que aumenta o problema?
15. Existe alguma estrutura teórica que norteia o seu trabalho com os pacientes com LER/DORT? Fale-me um pouco sobre ela.
16. Na sua opinião existem diferenças entre pacientes com LER/DORT e pacientes com outros problemas musculoesqueléticos que afetam membros superiores?
17. Você acha que o fato da LER/DORT ser reconhecida como doença profissional tem alguma influência no comportamento do paciente diante da doença?
18. Quais são as habilidades ou competências que você considera importante para o fisioterapeuta no atendimento dos pacientes com LER/DORT?
19. Como você se sente cuidando dos pacientes com LER/DORT?
20. O que você sugere para melhorar a reabilitação dos trabalhadores com dores crônicas?
21. Você tem alguma sugestão para prevenção de dores crônicas em trabalhadores?
22. Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA SESSÃO DE ATENDIMENTO

Título da pesquisa: “UM OLHAR SOBRE A LER/DORT NO CONTEXTO CLÍNICO DO FISIOTERAPEUTA”

Objetivos do estudo: Conhecer as representações do fisioterapeuta em relação aos pacientes com LER/DORT e analisar como estas representações interferem no atendimento destes pacientes.

Fisioterapeuta:

Sexo:

Local:

Data:

Horário da observação:

Paciente:

Sexo:

Diagnóstico médico:

Fase (aguda/ crônica):

Diagnóstico fisioterapêutico:

1 Descrição do ambiente físico:

- Cor:
- Iluminação:
- Temperatura:
- Ruídos/som:
- Disposição dos materiais:
- Atendimento em grupo/número de pacientes naquele horário:
- Atendimento individual:
- Material informativo:

2 Descrição do ambiente social:

2.1 Interação do fisioterapeuta com o paciente:

- Quem toma as decisões sobre as atividades do local?
- Como as decisões são comunicadas (qual linguagem é utilizada)?
- O que é dito no início da sessão?
- Como o paciente reage ao que foi dito?

2.2 O que é feito durante as sessões?

- Utilização de recursos terapêuticos (sim /não /quais /como o paciente reage a cada recurso):
- Utilização de cinesioterapia:
- Utilização de terapia manual:
- Orientações:
- Fala-se sobre LER/DORT? (etiologia/ desenvolvimento/ prognóstico):
- As atitudes do fisioterapeuta são coerentes com as orientações? (Descrever a postura de trabalho assumida.)

3 Interação do paciente com os outros pacientes:

- Existe comunicação?
- Fala-se sobre LER/DORT?
- Fala-se sobre prognóstico?
- Fala-se sobre trabalho/ profissão?

4 Quais os sinais mostram o fim da sessão?

5 O que o fisioterapeuta diz ao término da sessão?

6 Como o paciente reage ao fim da sessão?

7 São feitas orientações domiciliares? Quais?

8 Como as orientações domiciliares são feitas

- Qual linguagem foi utilizada?
- Com demonstrações desenhos ou algo escrito?
- Só falada?
- Com detalhes /sem detalhes /devagar/ com pressa

9 Como o paciente reage às orientações? Demonstra ter compreendido? (Aceita, reclama, demonstra dúvida, outros?)

10 Como é feita a marcação da próxima sessão?

11 Coisas que não acontecem?