

MARA ALICE BATISTA CONTI TAKAHASHI

*AVALIAÇÃO EM REABILITAÇÃO PROFISSIONAL*

**A EXPERIÊNCIA DE ADOECER POR LER E O RESGATE DA  
AUTONOMIA: UMA TRAJETÓRIA SINGULAR.**

**Campinas  
2000**

MARA ALICE BATISTA CONTI TAKAHASHI

**AVALIAÇÃO EM REABILITAÇÃO PROFISSIONAL  
A EXPERIÊNCIA DE ADOECER POR LER E O RESGATE DA AUTONOMIA:  
UMA TRAJETÓRIA SINGULAR.**

*Este exemplar corresponde à versão final da  
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências  
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre  
em Saúde Coletiva.*

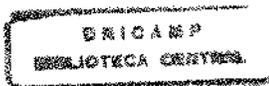
*Campinas, 25 de Fevereiro de 2000.*

  
**Profa. Dra. Ana Maria Canesqui**  
Orientadora

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA  
AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
SAÚDE COLETIVA DO DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL DA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.**

**ORIENTADORA: PROF. Dra. ANA MARIA CANESQUI  
UNICAMP/SP**

**CAMPINAS/ UNICAMP/ 2000**



reservado

IDADE BC  
CHAMADA:  
UNICAMP  
T139a  
EX.  
IMBO BC/ 41250  
LOC. 278/00  
C  D   
RECU 08.11.00  
ATA 30-06-00  
CPO

CM-00143148-8

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP

Takahashi, Mara Alice Batista Conti

T139a "Avaliação em reabilitação profissional: a experiência de adoecer por Ler eo resgate da autonomia uma trajetória singular" / Mara Alice Batista Conti Takahashi. Campinas, SP : [s.n.], 2000.

Orientador : Ana Maria Canesqui

Tese ( Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde e trabalho. 2. Seguridade social. 3. Acidentes de trabalho. 4. Doenças profissionais. I. Ana Maria Canesqui. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

# Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Canesqui

## Membros:

1.

2.

3.

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 23/02/2000

Dedico este estudo aos profissionais-atores do modelo assistencial de LER do CRP-Campinas, os quais, através desta intervenção, se constituíram em “ grupo-sujeito” e como tal, trabalharam de forma desalienante e produziram desalienação.

Esta dissertação de mestrado é um reconhecimento desta pesquisadora pelo trabalho realizado por esta equipe técnica, a despeito do momento social e político de intensa desestimulação salarial e profissional, de implementação “a fórceps” de diretrizes de redução do modelo assistencial de Reabilitação Profissional e sob a égide da ameaça de privatização destes serviços.

## **Agradecimentos**

Agradeço a meu pai, Marconi, meu primeiro e mais significativo exemplo de vida dedicada a defesa dos ideais socialistas de acesso indiscriminado à saúde, à educação, à moradia e ao trabalho.

Agradeço a Jorge, meu companheiro de mais de 20 anos, que com sua grande generosidade, possibilitou a tranquilidade para que eu a escola retornasse.

Agradeço a meus filhos pelo alento que naturalmente me proporcionam e que impulsiona o meu trabalho, mas, também pela contribuição prática na realização desta tese: à Marina pela valiosa colaboração na confecção gráfica das tabelas, à Mariana pela operação da internet, à Carolina e ao Márcio por tantos e minuciosos trabalhos que surgiram no decorrer desta elaboração.

Agradeço também aos meus amigos “acarneirados” do curso de Saúde Coletiva pela rede de carinho, alegria e solidariedade da nossa turma de mestrado, o que fez do meu retorno maduro aos bancos escolares, uma experiência de vida inesquecível. Em especial, agradeço a Martha, grande companheira de vida profissional e que, nesta empreitada, se tornou também grande companheira de vida intelectual.

Agradeço a todos os funcionários do CRP-Campinas e NRP-Americana pelo acolhimento na realização do meu trabalho de campo. Às direções e supervisões destes serviços meus agradecimentos pelo pronto consentimento do acesso aos prontuários estudados.

Agradeço também aos profissionais do projeto de LER do CRP-Campinas - Miriam, Angélica, Eloiza, Iná, Dadá, Jussara, Ligia, Tereza, Yara, João Jalbut, Martha, Tico, João Martini, Afonso-protagonistas principais desta construção teórica que elucidaram a sua prática, transformando-a em aprendizagem para todos nós.

Agradeço ao Donato e a Cida, Diretor Administrativo e a Supervisora de Pessoal do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, por terem facilitado a compatibilização da fase final deste projeto acadêmico com meus compromissos de trabalho profissional.

Aos amigos do ASESMT também agradeço por terem suportado, com compreensão, as minhas ausências, (não só as físicas mas também as de pensamento) principalmente nesta fase sofrida de elaboração da dissertação. Ao Sabino e ao Ilário tenho um agradecimento especial pois a riqueza de nossas discussões contribuiu muito para minhas reflexões.

E finalmente, mais que um agradecimento, é um sentimento de gratidão para com a Prof. Dra. Ana Maria Canesqui que com dedicação, compromisso e competência, orientou-me nesta difícil travessia ( que muitas vezes parecia impossível ) entre escrever panfleto de denúncia social e política e produzir um trabalho acadêmico avaliativo.

A todos, o meu muito obrigada!

## Sumário

### Introdução

1. Apresentação e justificativa do estudo. ....	9
2. Aporte teórico da Pesquisa Avaliativa. ....	16
3. Conceito, Metodologia e Procedimentos. ....	19

### Capítulo I A Reabilitação Profissional e sua institucionalização no âmbito da Previdência Social no Brasil.

I.1 O arcabouço jurídico -institucional da Reabilitação Profissional e sua lógica dominante: de 1943 aos dias atuais.....	30
I.2. O Modelo Assistencial tradicional da Reabilitação Profissional e as tentativas de ruptura do modelo assistencial de LER do CRP-Campinas.....	39
I-3. A proposta de privatização do Seguro de Acidentes de Trabalho no Brasil e sua articulação com a implantação de um Modelo Assistencial mínimo para a Reabilitação Profissional.....	43

### Capítulo II Avaliação dos projetos de intervenção do CRP-Campinas e NRP-Americana

II.1. A reconstituição do modelo assistencial de LER do CRP-Campinas.....	50
II.2. A reconstituição do modelo assistencial de LER do NRP-Americana.....	79
II.3. Análise comparativa dos dois modelos assistenciais.....	91

### Capítulo III Conclusão.....

Summary.....	101
--------------	-----

Referências Bibliográficas.....	102
---------------------------------	-----

## Resumo

O presente estudo é uma pesquisa avaliativa ex-post que compara os resultados de intervenção no resgate da autonomia de adoecidos de LER ( Lesões por esforços repetitivos ) de dois modelos assistenciais em reabilitação profissional , do CRP-Campinas ( Centro de Reabilitação Profissional do INSS em Campinas -SP ) e do NRP-Americana ( Núcleo de Reabilitação Profissional do INSS em Americana-SP).

O primeiro modelo expressava uma inovação, tendo rompido com os modelos tradicionais de reabilitação profissional da previdência social porque realizava um atendimento terapêutico interdisciplinar e integral.

O segundo modelo pode ser traduzido em uma atenção mínima, destituída de projeto terapêutico, não conseguindo ir além de uma abordagem pericial, visando basicamente o retorno imediato dos lesionados ao trabalho, tendo sido adotado no contexto atual de privatização do seguro do acidente de trabalho no Brasil.

A pesquisa avaliativa levou em consideração os momentos antes e depois da intervenção dos profissionais ligados a ambos os serviços, valendo-se da construção de uma matriz de julgamento composta de traçadores, indicadores e variáveis, a partir de um conjunto de dimensões ( física, da relação do uso social do corpo, emocional e da sociabilidade ) fixados pela pesquisa.

A fonte de obtenção de dados foi a amostra de 47 prontuários do CRP-Campinas e 32 prontuários do NRP-Americana, do período de agosto de 1995 a Dezembro de 1997. Foram utilizados também os relatórios da Equipe de LER do CRP-Campinas.

Os resultados permitem concluir pela positividade do primeiro modelo e sua adequação aos objetivos da intervenção pesquisada enquanto o segundo, pela baixa positividade , não se mostrou adequado à reabilitação de adoecidos de LER.

## ***INTRODUÇÃO***

### *Apresentação e justificativa do estudo.*

Os serviços da Previdência Social no Brasil executados através do INSS ( Instituto Nacional do Seguro Social, dentre eles os de Reabilitação Profissional, vêm atravessando, desde o início dos anos 90, uma crise política que coloca em questionamento suas atividades e produtos, bem como a eficiência e cobertura de seus resultados, colocando sob suspeita a legitimidade social de seus objetivos. Esta crise não é exclusiva da Reabilitação Profissional e está inserida na perspectiva mais ampla da reforma previdenciária, de desmonte do papel do Estado e das políticas sociais.

Trata-se de um importante momento histórico, de transformação da dinâmica das relações sociais, uma vez que a proposta da reforma previdenciária está centrada na mudança do atual regime de repartição simples, fundado sobre um pacto de solidariedade intergeracional, para um sistema de capitalização definido pela capacidade contributiva dos seus integrantes. O ideário de privatização dos serviços públicos vem avançando hegemonicamente e concretamente se tornando uma “bandeira de luta” para a burocracia estatal dirigente, especialmente a da Previdência Social. Nesse contexto, a realização de um estudo científico sobre uma área dos serviços previdenciários que será fortemente atingida pelas mudanças - a área de Reabilitação Profissional, nos parece relevante na medida em que uma socialização do conhecimento sobre esta questão pode contribuir para o debate das reformas governamentais, de forma a garantir mais clareza para a participação da sociedade civil.

Os Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) e os Núcleos de Reabilitação Profissional (NRPs) são serviços executores de Reabilitação do INSS ( Instituto Nacional do Seguro Social ). Em 1997, havia quarenta e sete unidades, vinte e um Centros e vinte e seis Núcleos, distribuídos por todas as regiões do país, sendo que somente no Estado de São Paulo existiam dez unidades: quatro Centros e seis Núcleos.<sup>1</sup>

Essas unidades executivas encontram-se atualmente em processo de desmonte, com uma brutal diminuição de seus recursos humanos através das aposentadorias precoces de seus funcionários, motivadas pelas mudanças nas regras da aposentadoria dos servidores públicos, as quais representam perdas de direitos já conquistados, e também pela adesão de profissionais, tanto de nível técnico quanto de apoio administrativo, ao PDV ( Programa de Demissão Voluntária do Governo Federal ) ocorrido em 1996/1997. Não houve, em contrapartida, nenhum projeto de reposição dos servidores após essas aposentadorias.

---

<sup>1</sup> Os CRPs do Estado de São Paulo são: CRP-São Paulo, CRP-Santos, CRP-Campinas e CRP-Baurú. Os NRPs do Estado de São Paulo são NRP-Jundiaí, NRP-Americana, NRP-São Bernardo do Campo, NRP-Taubaté, NRP-Ribeirão Preto e NRP-São José do Rio Preto.

Nestes serviços são realizados, com exclusividade, programas de reabilitação profissional aos segurados da previdência social que sofreram acidentes de trabalho e aos portadores de doenças profissionais encaminhados pela Perícia Médica do INSS.

O CRP-Campinas, nosso *locus* principal de análise, foi criado em 1979, tendo contado no passado com até 130 funcionários, com 5 equipes multiprofissionais de atendimento compostas por médico, assistente social e psicólogo, mais os setores gerais de fisioterapia, terapia ocupacional, serviço de pesquisa de mercado de trabalho e oficina de reabilitação, incluindo ensino básico. A atenção à clientela de LER (Lesões por esforços repetitivos) foi desenvolvida no CRP-Campinas inicialmente pela equipe de doenças profissionais, a qual concentrava o atendimento aos adoecidos cuja problemática de base era de origem ocupacional, tais como: pneumoconiose, PAIR (perda auditiva induzida por ruído), dermatites, etc.

Partindo da concepção de que “Modelo Assistencial” não é apenas *um conjunto de normas e regras que condicionam um certo desenho organizacional e técnico e sim um modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como o Estado e os serviços se organizam para produzi-las e distribuí-las* (Campos, 1994), a nossa proposta para este estudo é a de avaliar os resultados da intervenção do Modelo Assistencial de LER do Centro de Reabilitação Profissional do INSS em Campinas (CRP-Campinas) para compará-los com os resultados de um outro modelo de intervenção sobre LER, desenvolvido no Núcleo de Reabilitação Profissional do INSS em Americana (NRP-Americana).

O termo LER é a designação genérica para as afecções que podem acometer tendões, sinóvias, músculos, nervos, fâscias, ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem regeneração dos tecidos, atingindo principalmente, porém não somente, os membros superiores, região escapular e pescoço. O referido termo designa essencialmente uma patologia de origem ocupacional decorrente, de forma combinada ou não, do uso repetitivo e forçado de grupos musculares e manutenção de postura inadequada.<sup>2</sup> A partir de 1998, o INSS mudou a designação desta patologia, passando a denominá-la por DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) porém, optamos por manter a terminologia LER, uma vez que nosso período de estudo é anterior a esta data.

Alem dos fatores bio-mecânicos descritos no Manual de Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade por LER, do INSS, há outros fatores menos visíveis e, por isso, mais polêmicos, referentes à organização do trabalho, que também estão presentes na gênese desta patologia. São fatores como: formas de divisão do trabalho, sistemas instituídos de premiação, salários e carreiras, possibilidade maior ou menor do controle da demanda de trabalho, conhecimento e poder de decisão quanto à execução e finalidade do trabalho realizado, os quais vão acarretar a existência de determinadas formas de sociabilidade no trabalho que se configuram em modos concretos de existência coletiva e tornam possível a realização das

tarefas e da produção. Estas formas de sociabilidade no trabalho tanto podem se constituir em redes de suporte social quanto ocasionar sofrimento psíquico concorrente na instalação ou no agravamento da LER. (Borges, 1999).

O surgimento da casuística de LER no município de Campinas teve uma trajetória de ocultação inicial por parte das empresas, pois até 1995, era muito significativo o número de subnotificações da doença, fazendo com que os casos atendidos pelos serviços, representassem apenas a “ponta de um iceberg”, pois existia submerso um grande contingente de adoecidos que ainda não haviam chegado ao atendimento dos serviços, pelas inúmeras dificuldades no reconhecimento social desta problemática.

O Manual de Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade para LER, do INSS, havia sido publicado em 1993, como produto de uma difícil luta dos sindicatos dos digitadores no Brasil, durante a década de 80, no entanto seus efeitos ainda eram muito tímidos e restritos a essa categoria profissional, não tendo conseguido intervir nas controvérsias sobre os diagnósticos desta doença e na postura de negação das empresas e dos médicos-peritos quanto à relação de causalidade da LER com os demais processos e a organização do trabalho que não os de digitação.

Neste momento, não havia uma magnitude numérica da LER em Campinas, porém, ela passou a ser priorizada pela equipe de doenças profissionais do CRP-Campinas porque se impunha como uma problemática social relevante pela sua alta capacidade de provocar lesões e sofrimento às pessoas.

Os casos de LER que o CRP-Campinas vinha atendendo apresentavam gravidade nos quadros clínicos. Os adoecidos haviam se submetido a várias cirurgias de descompressão nervosa sem sucesso, tinham muitas queixas de dor, apresentavam incapacidade funcional severa e os diagnósticos estavam associados a estados emocionais desequilibrados, provocados pela convivência constante e ininterrupta com a dor, agravados pelo não reconhecimento social desta problemática. Os lesionados já tinham tido vários afastamentos anteriores do trabalho, haviam passado pelos serviços médicos das empresas e tinham retornado ao trabalho nas mesmas condições que provocaram o adoecimento, tendo seus quadros agravados por esses retornos. Portanto, para a equipe de LER do CRP-Campinas havia a necessidade urgente de um projeto que pudesse quebrar o ciclo perverso da doença (Carneiro Filho & Souza, 1995).

---

<sup>2</sup> Manual de Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade- LER - Perícias Médicas/INSS-Brasília, 1995.

⇒ **Agravamento dos casos.**

**Condições adversas de trabalho → Adoecimento/ Sofrimento → Afastamento do Trabalho**

∧

||

||

||

||

∨

**Volta ao trabalho**

⇐

**Tratamentos não  
resolutivos**

**← Não reconhecimento  
da doença**

Para quebrar este ciclo era necessário detectar precocemente os casos, nos estágios iniciais de adoecimento, “revelando a parte submersa do iceberg” e estabelecendo um atendimento assistencial integral e adequado aos lesionados.

Este foi o contexto que levou à criação, pela equipe de doenças profissionais do CRP-Campinas, de um Modelo Assistencial voltado especificamente para LER e que pudesse equacionar a multifacetariedade desta problemática social de grande envergadura. A partir de 1993, este modelo passou a ser implementado de forma mais abrangente através da ação interinstitucional externa e através de um atendimento interno ampliado, incorporando as atividades terapêuticas de fisioterapia e terapia ocupacional.

A hipótese central desta pesquisa é a de que este modelo de atenção apresentou melhores resultados de intervenção do que os tradicionais, porque rompia com os modos normatizados pela Previdência Social para os serviços de Reabilitação Profissional, atuando sob uma outra lógica, realizando um atendimento estrategicamente mais adequado para casuísticas, nas quais o adoecimento é resultante do trabalho realizado sob condições adversas.

Num momento em que os serviços de Reabilitação Profissional do INSS estão se reordenando e sua própria existência está sendo questionada, a reconstituição deste modelo assistencial e a avaliação científica de seus resultados pode contribuir para que Reabilitação Profissional ganhe maior eficácia no cumprimento de sua missão e conseqüentemente maior legitimidade social. Ao fundamentar-se numa lógica que articula reabilitação com prevenção a Reabilitação Profissional estaria condicionando sempre a volta ao trabalho à melhoria de condições deste trabalho, o que viria a beneficiar a todos os trabalhadores, prevenindo a ocorrência de novos acidentes de trabalho e patologias ocupacionais.

A estratégia pensada por aquela equipe para esta articulação foi a abordagem interinstitucional, com a discussão coletiva das situações de trabalho nas empresas que epidemiologicamente estavam causando LER em seus trabalhadores, repartindo responsabilidades entre as diversas instituições que faziam interface com tais questões, estabelecendo garantias para que o retorno dos trabalhadores

lesados às empresas de vínculo fosse de forma compatível com suas limitações, porque somente uma responsabilização social efetivamente assegurada pelo poder público é que poderia criar as condições favoráveis de absorção pelo mercado de trabalho da clientela reabilitada .

O programa assistencial interno para atendimento da clientela de LER também correspondeu a esta nova ótica, pois a forma tradicional de atendimento pontual dos CRPs fazia com que a casuística fosse sempre vista como um sofrimento individual, desconsiderando a realidade social da clientela atendida, cujas condições perversas de trabalho estavam penalizando os trabalhadores. A proposta inovadora foi a de agrupar os tipos de casuísticas, de modo a elaborar um projeto preventivo, usando ferramentas da Epidemiologia e que pudesse inscrever a LER no contexto das prioridades de diversas instituições públicas, mas que se constituísse também num modelo assistencial que pudesse envolver as reais necessidades dos adoecidos e as singularidades do seu adoecer.

O retorno ao trabalho tratado de forma isolada, como no modelo normatizado tradicional dos CRPs, desvinculado totalmente do contexto epidemiológico dos acidentes de trabalho e doenças profissionais enquanto fenômenos socialmente produzidos, também era visto como uma situação que passava apenas pela “vontade de trabalhar” dos segurados, sem qualquer responsabilização social, e as dificuldades de reinserção passavam a ser relacionadas com a “acomodação” destes ao recebimento dos benefícios previdenciários.

Desta forma, como nos atendimentos tradicionais não havia nenhuma problematização das condições geradoras das incapacidades, os profissionais acabavam por encarar a repetição do sofrimento em muitos segurados de modo desassociado de suas causas sociais, não mobilizando nenhuma intervenção preventiva.

Os serviços de Reabilitação Profissional, desde os seus primórdios, foram pioneiros na introdução de trabalhos multidisciplinares em reabilitação no Brasil, avançando de uma concepção estritamente biológica para uma visão que integrava o psicológico e o social (Soares,1991). A inovação do modelo assistencial de LER do CRP-Campinas, entretanto, residiu na busca de uma atuação clínica mais ampliada, centrada na “escuta dos usuários”, no incremento da relação dos profissionais com sua clientela, na construção de um trabalho interdisciplinar, no qual diferentes especialistas conviviam de forma horizontalizada e faziam o cuidado assistencial convergir para objetivos comuns, previamente definidos e consensados pelo grupo.

O modelo assistencial de LER do CRP-Campinas expressa uma ruptura com o modelo adotado oficialmente, isto é, aquele que sempre operou com um elemento redutor, um princípio unitário de agregação de todos os conhecimentos, tendo como eixo central o saber médico responsável pela sustentação do conteúdo técnico da atenção: *todo programa de reabilitação Profissional tem por base o*

*Diagnóstico e as limitações estabelecidas pela avaliação médica(...) apenas o médico deve escrever a terapêutica física( ... ) a parte profissional é estritamente ligada à recuperação médica e os treinamentos profissionalizantes devem se ater sempre às limitações físicas denominadas como 'capacidade laborativa residual' ( Manual de Normas Técnicas de Reabilitação Profissional / INPS, 1985).*

Na atuação da equipe de LER, pudemos identificar, através de seus relatórios, dois níveis de preocupação: **1) com as causas da patologia** que estavam relacionadas às condições materiais e organizacionais do trabalho bem como com as garantias de retorno adequado ao trabalho, o que era equacionado através da ação interinstitucional; **2) com os aspectos cognitivos** dos adoecidos, identificando a necessidade de estabelecer programas que pudessem fortalecer os lesionados para se autoprotegerem das condições adversas que os levaram ao adoecimento, através do conhecimento das causas da patologia e da recusa destas condições, sob pena de agravamento. Por outro lado, era preciso desenvolver nestas pessoas recursos adaptativos através da aprendizagem de outros meios de realização de suas atividades domésticas, sociais e de trabalho, readquirindo o equilíbrio emocional, resgatando portanto sua autonomia. Esta era entendida pela equipe como a condição dos adoecidos de LER de se adaptarem às novas situações impostas pela doença, conhecendo seus limites corporais mas abrindo-lhes novas possibilidades funcionais. Ao conquistar esta autonomia, os adoecidos demonstravam conseguir minimizar o seu sofrimento físico e psíquico, tornando-se capazes de ressignificar seu futuro, escolhendo as melhores alternativas para retornar ao trabalho.

Com esta descrição, queremos demonstrar que este modelo foi um modo de atenção inovador, diferenciado dos demais programas do CRP-Campinas e de outras Unidades Executivas de Reabilitação Profissional, configurando uma maneira singular de reabilitar no âmbito da Previdência Social no Brasil, o que vem justificar uma avaliação mais criteriosa de seus resultados. Acreditamos que os efeitos desta intervenção diferenciada aliviaram o sofrimento de muitas pessoas resgatando-lhes a capacitação funcional, emocional e social e, num nível mais amplo, contribuíram para o reconhecimento social da LER no município de Campinas, desencadeando ações que alteraram os ambientes de trabalho e intervindo, ainda que de forma parcial, no processo de geração desta problemática.

Entretanto, este modelo assistencial não foi aceito pelas supervisões técnicas estaduais e nacionais da Reabilitação Profissional do INSS nem pelas demais equipes do CRP-Campinas, de modo que a sua expansão interna no serviço talvez pudesse ter garantido sua apropriação e permanência.

As outras unidades de Reabilitação Profissional do nosso estado já haviam se ajustado a um plano de modernização da direção geral do INSS para esta área, que reordenava as práticas assistenciais destes serviços, apresentando mudanças substanciais.

O NRP-Americana foi um dos serviços que sofreu estes ajustes e reduções em sua atuação. O trabalho deixou de ser realizado em equipe multiprofissional, o investimento maior da atenção passou a ser centrado na avaliação médica da capacidade laborativa dos acidentados e adoecidos do trabalho, foram suprimidos os encaminhamentos às atividades reabilitatórias e a ênfase da atenção passou a ser dirigida essencialmente para a volta ao trabalho, logo após a chancela de aptidão dada pela área médica. Desta forma, tomamos como objeto dessa pesquisa estes dois modelos assistenciais em reabilitação profissional, voltados para a atenção da LER. A reconstituição de seus modos de intervenção e análise de seus resultados constituíram-se objetivos deste nosso estudo.

### *Aporte teórico da Pesquisa Avaliativa.*

A Pesquisa Avaliativa é uma modalidade de investigação científica que objetiva produzir um conhecimento particular sobre os resultados de um projeto de intervenção sobre uma problemática relevante. É um processo de análise guiado teoricamente, seguindo uma sistematização para a obtenção dos dados, com o intuito de garantir o rigor necessário para um estudo desta natureza. É sempre um juízo de valor, um julgamento fundamentado sobre uma ação social realizada por pessoas, grupos de trabalho ou instituições. ( Martinic, 1997 )

Boa parte da literatura disponível focaliza a avaliação de projetos sociais implementados por entidades públicas, com o predomínio dos enfoques custo/benefício, inserido num paradigma mais objetivista, segundo o qual os projetos sociais devem garantir a máxima cobertura dos benefícios, os quais devem ser distribuídos com planejamento e racionalização de recursos.

Para Martinic, este tipo de avaliação já cumpriu o seu ciclo. Hoje a preocupação está mais voltada para a idéia da qualidade dos benefícios oferecidos, da pertinência dos resultados obtidos e da potência do projeto, isto é, para a *“capacidade de um projeto de atacar a situação-problema diagnosticada e vencer seus obstáculos e dificuldades”* ( Aguillar e Ander-Egg, 1994 :53 ).

Esses novos enfoques deixam de olhar os projetos sociais apenas como instrumentos distributivos do Estado, para vê-los como *“sistemas de ação onde intervêm atores sociais articulados com objetivos comuns, para alcançar resultados consensados e onde a clientela beneficiária deixa de ser um ente passivo e passa a ser colocada no contexto de atores sociais que também têm capacidade para intervir nos problemas que os afetam”* ( Martinic, 1997: 23).

Esta abordagem sistêmica da avaliação de projetos sociais tem ocasionado transformações nas formas de produção dos mesmos, pois hoje não se considera mais suficiente uma *“análise num esquema linear de causalidade, o que se tenta conhecer é a multiplicidade dos condicionantes, inclusive os assistenciais, em vários níveis de complexidade e vulnerabilidade de suas articulações”* ( Hartz, 1997).

Esse paradigma sistêmico busca produzir conhecimentos úteis que tragam mudanças nos comportamentos organizacionais, tornando a pesquisa avaliativa mais um processo contínuo de aprendizagem do que uma ação voltada para o controle, associando o saber obtido nas conclusões às recomendações para a melhoria da qualidade das intervenções, com reformulações nas formas de atuar.

Os enfoques avaliativos mais recentes, principalmente na América Latina, procuram mais do que perseguir responsabilidades, permitir que a aprendizagem se dê a partir de erros, omissões e

dificuldades encontradas na prática. A tendência da avaliação é tornar-se parte do próprio trabalho de um modo permanente e não apenas a última fase do ciclo de um projeto.

Trata-se, portanto, de uma modalidade que, em si mesma, já é uma prática social que associa a investigação com a ação, de tal modo que as intervenções sobre realidades sociais tornam-se objeto do conhecimento, estudadas no cotidiano e relatadas como práticas experienciadas em serviços.

Esses novos enfoques buscam ainda superar, na pesquisa avaliativa, a tradicional dicotomia entre a utilização de métodos quantitativos e métodos qualitativos. Sobre esta questão, reportamo-nos também a Martinic que procura esclarecer um ponto que nos parece tão inutilmente polemizado: *“Uma avaliação que utiliza métodos quantitativos não necessariamente obedece a um positivismo lógico em sua análise e do mesmo modo, os estudos que se utilizam de técnicas qualitativas estão assumindo necessariamente um paradigma interpretativo ou subjetivista (Martinic, 1997:19)*. Na verdade, para ele, a decisão do pesquisador pelo uso de um ou de outro tipo de método deve-se a natureza do objeto que quer abordar, e se houver a possibilidade de articulação dos dois tipos de método o enfoque avaliativo será enriquecido.

A avaliação é a análise de um projeto em diferentes momentos: em sua fase de planejamento, no momento em que está em curso e ainda quando já estiver finalizado, a chamada avaliação *ex-post*. O objetivo da avaliação é verificar se houve mudanças na situação-problema e se essas mudanças podem ser atribuídas à ação do projeto, analisando o seu grau de contribuição na solução da problemática tida como central.

O desenho planejado para uma avaliação define previamente os caminhos metodológicos a serem tomados e a escolha dos procedimentos. Os chamados “desenhos não experimentais” são aqueles nos quais a observação e a coleta de dados se realizam no contexto natural da realidade, sem interferência do avaliador. As inferências e análises são construídas a partir dessa observação e investigação.

Nesta modalidade, o formato avaliativo pode ser o desenho “antes- depois” definido como *a medição de um conjunto de variáveis consideradas relevantes para o pesquisador para verificar as mudanças que nelas (as variáveis) são produzidas pela intervenção antes e depois da sua execução.* (Martinic, 1997:141).

O resultado final de uma pesquisa avaliativa será sempre um juízo de valor fundamentado sobre os processos e efeitos de um projeto. Para emitir tal opinião, o avaliador explicita seus critérios de valorização do observado. Esses critérios se apóiam no plano conceptual do estudo e discriminam os atributos que se expressam qualitativamente e que podem ser observáveis através dos indicadores.

Tais critérios atuam como parâmetros estabelecidos para declarar o êxito ou não de um projeto de intervenção, ou seja, são valores que, em última análise poderão emitir um julgamento positivo ou negativo da experiência avaliada. Nesse tipo de desenho Martinic estabelece uma clara distinção entre os indicadores e os critérios: *Os indicadores são empíricos e observáveis. Os critérios são conceituais, abstratos e outorgam um valor aos indicadores.* (Martinic, 1997: 143).

Na realização das práticas sociais, a atividade de avaliação está sempre presente quando a proposta é de trabalhar por projetos, ainda que esta ação seja mais ou menos espontânea e que não seja realizada como um procedimento sistemático. No CRP-Campinas, a direção do serviço dispunha de relatórios elaborados pela equipe de doenças profissionais que eram ferramentas analíticas que permitiam identificar os modos como vinha sendo produzido o atendimento dos pacientes de LER. O contato cotidiano com os reabilitandos que expressavam constantemente sua satisfação à direção do CRP levava ao entendimento de que este modelo alternativo de atenção à LER vinha produzindo resultados mais positivos do que os demais, porque era estrategicamente mais adequado às necessidades da clientela de Reabilitação Profissional. Entretanto, a elaboração avaliativa destes relatórios não tinha o rigor metodológico recomendado para uma pesquisa de avaliação e foram elaborados com a finalidade apenas de argumentar, junto às direções estaduais e federais, pela permanência do projeto no CRP-Campinas ou como relatos de experiências para troca com outros profissionais.

Essa pesquisadora fez parte do serviço, tendo assumido a função de gestora durante o desenvolvimento do projeto de intervenção da Equipe de LER. Este pertencimento, segundo Martinic, não compromete o rigor científico desejado em uma pesquisa avaliativa, ao contrário, abre uma possibilidade maior de aprofundamento dos diferentes níveis de análise, uma vez que oportuniza conhecer as especificidades de uma intervenção que, na maioria das vezes, é bastante complexa na organicidade de suas ações e intenções.

Para Morin (1989) a neutralidade da pesquisa científica é apenas uma pretensão inatingível que em nada altera a coerência e a importância de uma investigação: *Nenhum objeto pode ser isolado do seu meio e de seu observador. O que captamos do mundo não é o objeto menos nós e sim o objeto visto e observado por nós. O conhecimento de um objeto não é dissociado de um sujeito cognoscente, enraizado numa cultura e numa história.*

As técnicas utilizadas pela pesquisa social não são neutras, elas só adquirem sentido no contexto dos pressupostos teóricos aceitos pelo pesquisador e são referenciados pela sua visão de mundo. O caminho metodológico pode evitar uma avaliação tendenciosa que em nada contribui para a construção do conhecimento, mas hoje se reconhece que não há verdades absolutas, nem neutralidade ou isenção ideológica.

### *Conceito, Metodologia e Procedimentos.*

O objetivo central do Modelo Assistencial de LER do CRP-Campinas era o resgate da autonomia dos adoecidos de LER.

Qual era, no entanto, o significado de **autonomia** para os profissionais que atuaram no projeto? Seria a “cura”, a volta à condição anterior ao adoecimento? Certamente que não. Os profissionais, pela sua experiência acumulada sobre a doença, já que este tipo de casuística vinha sendo atendida no CRP-Campinas desde 1988, sabiam que nos estadiamentos<sup>3</sup> mais avançados e que demandavam programas de Reabilitação Profissional para mudança de função havia lesões instaladas que impossibilitavam o resgate da condição preexistente ao adoecimento/agravamento. Os lesionados eram pacientes crônicos, que se mostravam muito incapacitados para a vida e para o trabalho. O resgate da autonomia era, portanto, a busca da diminuição da incapacidade através da aquisição de novos padrões funcionais adaptativos que possibilitassem aos adoecidos conviver com a doença, lidar melhor com ela, conhecer e respeitar seus limites, aprendendo a atuar na vida diária e no trabalho de modo compatível com as limitações apresentadas.

A definição médica da incapacidade por LER no CRP-Campinas era elaborada uma interação entre o diagnóstico médico centrado no protocolo de sinais e sintomas desta patologia, com as capacidades e tolerâncias vivenciadas pelo trabalhador na sua vida diária e no trabalho sendo que, neste último, as exigências de trabalho internalizadas têm um papel fundamental, e com os traços de personalidade que determinam ou não uma presteza psicológica, também chamada de recursos internos ou recursos egóicos, tanto para o retorno ao trabalho quanto para o controle da dor e de outros sintomas.

Assim sendo, o sentimento de incapacidade tem uma importante relação com as percepções individuais dos trabalhadores das suas próprias capacidades funcionais e dos ambientes de trabalho vivenciados e marcados principalmente nas relações de sociabilidade lá desenvolvidas ou seja, se este trabalho for hostil, com certeza os lesionados vão se sentir ainda mais incapacitados para assumir as novas condições de retorno às empresas.

O conceito vitalista de Canguilhem também converge para esta direção de pensamento, ao definir a autonomia como *a capacidade do ser humano de organizar seus modos de andar na vida.* ( apud. Campos, 1994 ). Canguilhem coloca que esta autonomia significa ter a capacidade de instituir normas, novas normas que poderão infringir as atuais. Ter saúde, para esse autor, é se sentir capaz de infringir normas. A doença, por sua vez, é ao mesmo tempo privação da atividade normativa e

---

<sup>3</sup> O termo significa estágio da doença e é citado no Manual de Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade -LER- Perícias Médicas/ INSS-Brasília, 1995.

reformulação. Para ele, a função da terapêutica é adaptar o homem adoecido a uma nova ordem .  
( Canguilhem, 1995)

Para o programa de LER, o resgate da autonomia implicava a re aquisição da capacidade dos lesionados de instituir normas, novas normas reformuladas e adequadas às limitações impostas pela doença. Somente assim eles estariam normalizados e, tendo superado as desvantagens, estariam reabilitados para a vida e para o trabalho.

Esse processo será sempre singular para cada adoecido, assim como foi a sua experiência de adoecimento. No entanto, nas anotações feitas pelos técnicos nos prontuários de atendimento constatamos que existiam manifestações comuns aos adoecidos de LER que retratavam um perfil de incapacidade coletiva daquela clientela. Essas manifestações foram os “achados” que demonstravam o grau de comprometimento dos casos, no primeiro momento ( **antes da intervenção**) e os ganhos de autonomia no segundo ( **depois da intervenção**), e se expressavam nas várias dimensões da pessoa nas quais a LER pode repercutir.

Assim, nosso estudo considerou as seguintes dimensões: **a dimensão física**, na qual a incapacidade ou comprometimento da autonomia se expressava na presença e intensidade da dor, nas limitações de realização de movimentos e nas sensações incômodas de parestesias, hipotermia e sudorese.

**A dimensão da relação do uso social do corpo** se expressava nas mulheres na impossibilidade de executar sem ajuda as atividades cotidianas básicas como cozinhar, cuidar dos filhos, da roupa da família, da limpeza da casa, de si própria, e nos homens, na impossibilidade de carregar peso, cuidar dos consertos da casa, fazer a barba, etc. Todas essas incapacidades colocavam os lesionados em situação de muito sofrimento existencial. Os aspectos incapacitantes dessas duas dimensões tinham, conseqüentemente, profundas repercussões na **dimensão do emocional**, com o comprometimento da auto-estima e da capacidade de planejar o futuro que levavam à depressão, sintoma freqüente e significativo no adoecimento por LER.

*A LER é uma doença que implica sempre em modificações importantes na vida dos adoecidos, de forma que o futuro que cada um projetou para si mesmo não pode ser mantido no seu antigo traçado, exigindo um processo de ressignificação do destino de cada um.* ( Sato et.alii, 1993:57).

**Na dimensão da sociabilidade** a repercussão também era importante. As dificuldades de reconhecimento social da doença, a inexistência de redes de solidariedade na empresa e muitas vezes na própria família, a relação autoritária da maioria das chefias e o sentimento de inutilidade que assola os adoecidos comprometem os conteúdos interpessoais.

Foi feita a reconstituição dos Modelos Assistenciais de LER do CRP-Campinas e do NRP-Americana, para uma avaliação ex-post em ambos, na modalidade **antes e depois** para cada um dos serviços.

O primeiro modelo representou uma proposta alternativa ao modelo até então dominante, configurando-se como um modelo integrado e interdisciplinar, enquanto o segundo é uma variação reduzida do modelo tradicional, configurando-se como modelo mínimo, centrado apenas no encaminhamento dos lesionados ao trabalho, não se caracterizando como um modelo de intervenção específico para LER. Julgamos pertinente compará-los para a verificação do resgate da autonomia dos adoecidos dessa patologia.

Definimos como marco inicial do estudo no CRP-Campinas o mês de agosto de 1995, quando a casuística de LER tornou-se numericamente tão expressiva, como resultado da ação interinstitucional, que levou à necessidade de a equipe de doenças profissionais se organizar para atendê-la de forma exclusiva, passando a ser denominada Equipe de LER.

Embora o serviço já atendesse a clientela de LER desde 1988, consideramos que este era um momento de maturação do projeto, em que se percebia um atendimento bastante integrado dos diversos setores, configurando um desenho de atenção que não era desenvolvido em nenhum outro serviço do município de Campinas, tanto no âmbito da Previdência Social quanto da Saúde pública e privada, um modo peculiar de produzir as ações de Reabilitação para casos de LER.

O marco final desta pesquisa foi definido como o mês de dezembro de 1997, quando foram suspensos os modos de atuar do referido projeto e a clientela de LER passou a ser atendida pelo modelo tradicional e logo em seguida, passou a ser atendida pelo modelo mínimo, que também foi nosso objeto de análise no serviço de Americana.

O projeto do CRP-Campinas extinguiu-se devido ao esgotamento da resistência da equipe de LER, que tinha uma visão diferenciada do que é reabilitar, para manter o espaço adequado para realizar o seu trabalho do modo idealizado, diante da intensa pressão negativa exercida pelo grupo de interesse representado pelas supervisões da Reabilitação Profissional do INSS em seus níveis estadual e nacional, que se posicionavam contrárias aos atendimentos da equipe e que, naquele momento, estavam comprometidas com a implantação de um Plano de Modernização para a Reabilitação Profissional, que, em última análise, veio a constituir a proposta de atenção mínima já mencionada.

Os procedimentos adotados para esta pesquisa iniciaram com um levantamento exploratório preliminar dos relatórios de serviço e dos prontuários de atendimento disponíveis no CRP-Campinas, disponíveis no CRP-Campinas, dos quais listamos 221 pessoas com diagnóstico de LER enexo-causal reconhecido pela Perícia Médica do INSS de Campinas, encaminhadas para o CRP-Campinas com a

finalidade de cumprirem programas de Reabilitação Profissional. Esta clientela era exclusivamente de segurados da previdência social, em afastamento do trabalho e recebendo benefício previdenciário.

A seleção da amostra do CRP-Campinas foi realizada a partir dos seguintes critérios aplicados aos 221 casos identificados preliminarmente através dos prontuários:

- ◆ portadores de LER que receberam, na avaliação inicial, diagnóstico de grau III, ou seja, um estadiamento da doença que a Norma Técnica para Avaliação de Incapacidade do INSS avalia como havendo queda da produtividade, que se manifesta na impossibilidade de executar a função que o adoecido anteriormente exercia, e cujo retorno ao trabalho é problemático e de prognóstico reservado;
- ◆ portadores de LER que cumpriram integralmente todas as fases da programação idealizada pelo modelo assistencial de LER do CRP-Campinas;
- ◆ portadores de LER cujo encaminhamento tenha sido feito pela Perícia Médica do município de Campinas, onde a parceria interinstitucional garantiu ações de retorno ao trabalho mais abrangentes.

*Na íntegra, a definição de grau III é: A dor torna-se persistente, é mais forte e tem irradiação mais definida. O repouso em geral só atenua a intensidade da dor, nem sempre fazendo-a desaparecer por completo, persistindo o dolorimento. Há freqüentes paroxismos dolorosos, mesmo fora do trabalho, especialmente à noite. São freqüentes a perda da força muscular e parestesias. Há sensível queda da produtividade, quando não ocorre a impossibilidade de executar a função. Os trabalhos domésticos são executados ao mínimo e muitas vezes não são executados. Os sinais clínicos estão presentes. O edema é freqüente e recorrente, a hipertonia muscular é constante, as alterações de sensibilidade estão quase sempre presentes, especialmente nos paroxismos dolorosos, acompanhados por manifestações vagas como palidez e hiperemia e sudorese da mão. A mobilização ou apalpação do grupo muscular acometido provoca dor forte. Nos quadros com comprometimento neurológico compressivo a eletromiografia pode estar alterada. Nesta etapa o retorno à atividade produtiva é problemático. Prognóstico reservado. ( INSS/LER- Normas Técnicas para Avaliação da Incapacidade, 1993: 18).*

Com tais atributos, selecionamos 47 prontuários e fizemos uma leitura exaustiva das anotações dos profissionais da Equipe de LER que atuaram no período delimitado: médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Para o levantamento dos dados foram consideradas as anotações referentes às avaliações diagnósticas e de alta das áreas de psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional, que constituem as atividades terapêuticas que trabalham os aspectos relacionados às dimensões conceituadas acima. Os dados da avaliação médica foram utilizados para a definição do estadiamento ou grau de adoecimento para a seleção da amostra.

Quanto ao Serviço Social, área extremamente importante durante todas as fases da atenção, os relatos dos assistentes sociais não foram aproveitados no nosso modelo de avaliação, uma vez que a intervenção dos mesmos ocorre de forma mais processual que programática portanto, de difícil separação nos momentos antes e depois. Todavia a atuação dos assistentes sociais no projeto será descrito no próximo capítulo, na sistematização das atividades da Equipe. Os dados dos sociólogos também não foram coletados porque estes subsidiavam a equipe de intervenção mas suas intervenções não incidiam diretamente sobre a clientela atendida.

Para seleção da amostra dos adoecidos de LER do NRP-Americana foi considerado o mesmo período a ser estudado, de agosto de 1995 a dezembro de 1997, e o critério de cumprimento integral da programação. Entretanto, não foi possível estabelecer a distinção por estadiamento, porque não havia a prática dos médicos daquele serviço de definir o diagnóstico por grau. Também não foi possível separar o encaminhamento apenas da Perícia Médica de Americana porque não havia um registro administrativo diferenciado dos prontuários.

Como, no período selecionado, o universo de atendimento dos casos de LER do NRP-Americana que passaram por toda a intervenção, era constituído de apenas 32 casos, optamos por analisá-los em sua totalidade.

O desenho “antes-depois” proposto por Martinic (1997) foi o que mais se adequou a nossa metodologia para esta pesquisa avaliativa. No CRP-Campinas, como momento **antes da intervenção**, escolhemos a primeira avaliação realizada pelo psicólogo, pelo fisioterapeuta e pelo terapeuta ocupacional. Para o momento **depois da intervenção** definimos a avaliação de alta setorial dos casos nas áreas mencionadas. No NRP-Americana, como momento **antes da intervenção** consideramos a avaliação médica inicial e os dados levantados pelo assistente social. Para o momento **depois da intervenção**, escolhemos aquele momento em que se efetua o desligamento do lesionado de LER do serviço.

A partir da leitura dos relatos dos profissionais do CRP-Campinas nos prontuários selecionados, por ocasião destes dois momentos distintos, computamos a frequência de um conjunto de achados, que apresentamos nos Quadros 1 e 2.

Com a quantificação desses achados, verificamos os de maior incidência e os transformamos em **indicadores**, os quais foram inseridos em unidades observáveis que, por sua vez, constituíram-se em nossas **variáveis** e se expressaram em conjunto nas **dimensões** já mencionadas: presença da dor, limitações funcionais, sensações incômodas **na dimensão física**; realização das tarefas cotidianas **na dimensão da relação do uso social do corpo**; aspectos psicológicos **na dimensão emocional**; e aspectos dos relacionamentos sociais e do trabalho **na dimensão da sociabilidade**.

**Quadro 1 :Achados encontrados na amostra de 47 prontuários, antes da intervenção do modelo assistencial de LER do CRP-Campinas, Campinas, 1998.**

<i>Dimensões</i>	<i>Achados (1)</i>	<i>Resultados (2)</i>
1. Dimensão física	1. Dor intensa e contínua, com irradiações nos MMSS.( 3) 2. Dor somente ao utilizar os MMSS. 3. Dificuldades para elevar e sustentar os MMSS. 4. Dificuldades para movimentar mãos e punhos e segurar objetos. 5. Cansaço e fadiga muscular precoces. 6. Tensão muscular acentuada. 7. Presença de edemas freqüentes ou esporádicos. 8.Sensações parestésicas freqüentes ou esporádicas. 9. Hipotermia nos MMSS. 10.Crises de sudorese.	43 4 25 20 38 6 17 17 5 5
2. Dimensão da relação do uso social do corpo.	1. Não consegue mais realizar as tarefas domésticas ou teve diminuição no ritmo. 2. Apresenta baixa tolerância à escrita ou teve a letra modificada. 3. Tem sérias dificuldades com a higiene corporal não conseguindo lavar a cabeça, pentear os cabelos, fazer a barba e escovar os dentes.	35 21 10
3. Dimensão emocional.	1. Apresenta-se bastante deprimido. 2. Apresenta quadro de depressão severa. 3.Apresenta quadro de ansiedade relacionada principalmente ao futuro profissional. 4. Apresenta dificuldades para obter sono reparador, tendo crises freqüentes de irritabilidade e/ ou agressividade.	15 7 23 12
4. Dimensão da sociabilidade.	1. Apresenta relacionamento familiar conflituoso. 2. Apresenta sentimentos de aversão em relação à empresa de vínculo expressados nas chefias e colegas de trabalho. 3. Relata não conseguir mais se relacionar socialmente, sentindo-se incapacitado também para o lazer. 4. Sente-se impossibilitado de trabalhar.	11 21 5 47

*Notas: (1) Os achados referem-se à síntese das anotações feitas nos prontuários, pela equipe terapêutica, sobre queixas, sintomas e limitações da clientela.*

*(2) Os resultados referem-se às freqüências das queixas, sintomas e limitações da clientela, anotados nos prontuários, pela equipe terapêutica.*

*(3) MMSS= Membros superiores*

Fonte: INSS/ CRP-Campinas./Arquivos de prontuários da equipe multiprofissional -Campinas- agosto de 1995 a dezembro de 1997.

**Quadro 2: Achados encontrados na amostra de 47 prontuários, após a intervenção do modelo assistencial de LER do CRP-Campinas, Campinas 1998.**

<i>Dimensões</i>	<i>Achados(1)</i>	<i>Resultados(2)</i>
1. Dimensão física	1. Dor ainda persistente ou alternando períodos da acalmia com períodos de agravamento da dor.	19
	2. Dificuldades para elevar ou sustentar os MMSS.	9
	3. Dificuldades para movimentar mãos e punhos.	7
	4. Apresenta ainda fadiga muscular e diminuição de força.	15
	5. Apresenta ainda sensações parestésicas esporádicas.	14
2. Dimensão da relação do uso social do corpo	1. Aprendeu a realizar as tarefas domésticas de forma diferenciada obtendo mais facilidade para executá-las.	22
	2. Melhorou a tolerância à escrita ou realizou troca de dominância.	4
	3. Incorporou posicionamentos posturais mais ergonômicos facilitadores das atividades de higiene corporal.	21
3. Dimensão do emocional	1. Apresenta ainda quadro emocional depressivo.	6
	2. Apresenta quadro de depressão severa com sugestão de aposentadoria.	1
	3. Está emocionalmente estável tendo reduzido a ansiedade e sentindo-se mais fortalecido para a volta ao trabalho.	16
	4. Apresenta ainda dificuldades de sono e crises de irritabilidade.	6
4. Dimensão da sociabilidade	1. Obteve melhora na auto-estima e no relacionamento interpessoal.	13
	2. Não aderiu à programação e recusa qualquer possibilidade de volta ao trabalho.	2
	3. Apresenta sérios problemas com a auto-estima sendo encaminhado a psicoterapia fora do CRP pela gravidade do caso.	1
	4. Foram encaminhados para estágio com avaliação positiva da empresa.	34

*Notas: ( 1 ) Os achados referem-se à síntese das anotações feitas nos prontuários, pela equipe terapêutica, sobre as condições físicas, emocionais e sociais avaliadas na clientela por ocasião da alta.*

*( 2 ) Os resultados referem-se a frequência destas condições físicas, emocionais e sociais, anotados nos prontuários, pela equipe terapêutica.*

Fonte: INSS / CRP-Campinas/ Arquivo de prontuários da equipe multiprofissional. Campinas, agosto de 1995 a dezembro de 1997.

Com esta concepção já elaborada das dimensões, variáveis e indicadores, fizemos o levantamento, nas anotações dos prontuários do NRP- Americana, das avaliações diagnósticas e de alta dos profissionais daquele serviço, para buscar os achados desta natureza . A seguir, fizemos a quantificação da frequência dos mesmos, naquelas anotações. Estes dados são apresentados a seguir nos Quadros 3 e 4.

**Quadro 3: Achados encontrados na amostra de 32 prontuários, antes da intervenção do modelo assistencial de LER do NRP-Americana - Americana, 1999.**

<i>Dimensões</i>	<i>Achados (1)</i>	<i>Resultados (2)</i>
1. Dimensão Física	1. dor ou dor difusa ou dor com irradiação 2. impotência funcional 3. perda ou diminuição da força muscular 4. parestesias freqüentes 5. tensão muscular 6. edemas 7. atrofia muscular 8. tremor MMSS.	32 5 5 6 3 2 1 1
2. Dimensão da relação do uso social do corpo	1. Refere dificuldades nas atividades diárias.	2
3. Dimensão emocional.	1. Apresenta problemas emocionais. 2. Cliente é muito chorosa	1 1
4. Dimensão da sociabilidade	1. Apresenta receio em voltar ao trabalho. 2. Nega conseguir realizar o mesmo trabalho. 3. Tem muitas queixas contra a empresa.	1 2 1

*Notas: (1) Os achados referem-se à síntese das anotações feitas nos prontuários, pelo médico e pelo assistente social , sobre queixas, sintomas e limitações da clientela.*

*(2) Os resultados referem-se às freqüências das queixas, sintomas e limitações da clientela, anotados nos prontuários, pelo médico e assistente social.*

Fonte: INSS / Arquivos de prontuários do NRP -Americana, agosto de 1995 a dezembro de 1997, Americana,1999.

**Quadro 4: Achados encontrados na amostra de 32 prontuários, depois da intervenção do modelo assistencial de LER do NRP-Americana - Americana, 1999.**

<i>Dimensões</i>	<i>Achados (1)</i>	<i>Resultados (2)</i>
1. Dimensão Física	Não foram realizadas avaliações desta natureza.	32
2. Dimensão da relação do uso social do corpo.	Não foram realizadas avaliações desta natureza.	2
3. Dimensão emocional.	Não foram realizadas avaliações desta natureza.	2
4. Dimensão da sociabilidade.	1. Estágio satisfatório ( função com restrição) -apto para voltar ao trabalho.	13
	2. Estágio satisfatório -apto para voltar ao trabalho.	11
	3. Empresa não ofereceu readaptação -apto para voltar ao trabalho.	1
	4. Empresa ofereceu função fora do domicílio, o cliente não aceitou, apto para voltar ao trabalho.	1
	5. Orientado profissionalmente, apto para voltar ao trabalho.	1
	6. Negou ser encaminhada para estágio porque não se sente capaz, apto para voltar ao trabalho.	1

*Notas: (1) Os achados referem-se à síntese das anotações feitas nos prontuários, pelo médico e assistente social , sobre as condições de alta.*

*(2) Os resultados referem-se às freqüências das condições encontradas, anotados nos prontuários, pelo médico e assistente social.*

Fonte: INSS / Arquivos de prontuários do NRP -Americana, agosto de 1995 a dezembro de 1997, Americana, 1999.

A não existência no NRP-Americana, de achados referentes às avaliações das dimensões - física, da relação do uso social do corpo e emocional, foi entendida por nós, como permanência das condições de incapacidade encontradas no momento antes da intervenção, uma vez que, não houve nenhum trabalho pelo resgate da autonomia dos lesionados.

Para a apresentação deste trabalho, organizamos da seguinte forma: no capítulo I focalizamos o modelo securitário brasileiro de Reabilitação Profissional, resgatando seu processo de institucionalização e seu arcabouço-jurídico político. Discutimos também o modelo assistencial tradicional normatizado pelo INSS para a Reabilitação Profissional, sua lógica institucional no âmbito da Previdência Social, apresentando o modelo assistencial de LER do CRP-Campinas como um modelo inovador, que produziu uma brecha de ruptura com o modelo dominante. Ainda no capítulo I apresentamos a proposta que denominamos de “modelo assistencial mínimo” e que a Previdência Social chamou de “Plano de

Modernização” , os modos de atuação preconizados e a sua lógica articulada com a proposta de privatização do Seguro de Acidentes de Trabalho no Brasil.

No Capítulo II focalizamos o perfil da clientela de LER assistida pelo CRP-Campinas no período estudado, apresentando dados estatísticos e inferências referentes aos 221 casos da pesquisa exploratória preliminar e das amostras levantadas no CRP-Campinas e no NRP-Americana. Descrevemos também as características singulares da experiência de adoecer por LER e os desenhos de atendimento das equipes de ambos os modelos assistenciais estudados, apresentando os resultados de uma matriz de julgamento construída para avaliar cada um dos serviços e nossa análise comparativa entre eles.

Com as nossas considerações não pretendemos desmerecer os profissionais do NRP-Americana pois compreendemos que este serviço, pelo seu porte reduzido, não teve força coletiva suficiente para resistir à pressão das supervisões direcionadas para as reformas previdenciárias. Nosso objetivo é analisar os modelos assistenciais e as possibilidades que eles oferecem ou não de intervir no sofrimento e na incapacitação dos adoecidos por LER.

No capítulo III deixamos nossa conclusão: uma reflexão metodológica sobre os caminhos percorridos para a elaboração desta pesquisa avaliativa, com o objetivo também de avaliar a metodologia escolhida foi adequada, tendo sido alcançados ou não os nossos objetivos.

***Capítulo I. A Reabilitação Profissional e sua institucionalização no âmbito da Previdência Social no Brasil.***

### ***1.1 O arcabouço jurídico-institucional da Reabilitação Profissional e sua lógica dominante: de 1943 aos dias atuais.***

A Reabilitação Profissional no Brasil, como área específica de conhecimento e intervenção, esteve freqüentemente associada a reabilitação dos acidentados de trabalho. A definição sobre o tema, encontrada na produção científica nacional, advém de uma definição jurídica, que regulamenta a prestação de um benefício previdenciário oficial.

Os autores de trabalhos sobre este tema Ferreira ( 1985), Schmidt (1986) , Karsch (1989), Garcia (1992), Batista ( 1992), Struffaldi (1994) , Cabral (1994) , Cartaxo (1995 ) , Silva ( 1997) que são, na maioria, profissionais dos serviços da previdência social, vinculam a atuação dos serviços às críticas de natureza macro-estrutural do sistema previdenciário brasileiro, nas quais predominam análises que procuram revelar a lógica economicista e burocrática da Previdência Social no Brasil e o caráter assistencialista dos programas de Reabilitação Profissional. Estes são geralmente contextualizados nas articulações entre o Estado e os processos de acumulação econômica, segundo as diversas formas de configuração do capitalismo brasileiro, bem como nos diferentes perfis que a Previdência Social vem assumindo desde a sua criação na década de 20.

Este estudo, no entanto, restringe-se à Reabilitação Profissional, buscando esclarecer o seu processo de institucionalização na Previdência Social e a sua inserção enquanto política pública.

Desde o primeiro Governo Vargas, em 1943, a Reabilitação Profissional foi instituída com a participação do poder público na assistência aos incapacitados para o trabalho através de uma Portaria Ministerial determinava *“que os Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões organizassem serviços de Reeducação e Readaptação de Segurados e Aposentados por invalidez”* (Soares,1991:131).

Em 1944, o Decreto-Lei nº 7.036 ao reformar a legislação de Acidentes de Trabalho no Brasil, instituía que *“ a readaptação profissional, devida a todo incapacitado do trabalho, tem por objeto restituir-lhe no todo ou em parte, a capacidade na primitiva profissão ou em outra compatível com as suas novas condições físicas.”*

Essa lei definia que tal atuação seria desenvolvida pelos serviços de readaptação profissional *“que seriam efetuados pela prática da fisioterapia, da cirurgia ortopédica e reparadora e também através do ensino em escolas especiais.* A prestação desses serviços entretanto, não anulava a indenização pelo acidente de trabalho quando fosse caracterizada a incapacidade total ou parcial. Essa incapacitação era entendida como redução por toda a vida ( permanente) da aptidão para o trabalho, cuja verificação era atribuída ao médico legista oficial.

Embora a legislação garantisse a execução dos serviços de Reabilitação Profissional aos acidentados de trabalho e aos portadores de doenças ocupacionais a eles equiparados, somente foi implantado o serviço em institutos de previdência dezesseis anos depois, cabendo ao IAPC ( Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes ) de São Paulo o pioneirismo da iniciativa.

Para ilustrar o pensamento dos técnicos que ocupavam o aparelho previdenciário da época, transcrevemos abaixo trechos do discurso proferido pela Sra. Rita de Cássia Revorêdo, Assistente Social Encarregada do Serviço Social, na inauguração do Centro de Reabilitação Piloto do IAPC, na cidade de São Paulo, em 22/09/1960.

*... “dez longos anos durou nossa luta diuturna pelo ideal da Reabilitação( ...) Não tínhamos, àquela época, quem, como hoje, visualize o problema sob a angulação da necessidade e não sob a dos gastos.( ...) Ainda que há dez anos, vissemos a Reabilitação como um objetivo longínquo(...) acreditávamos que deveríamos nos preparar tenazmente, a fim de podermos estar à altura da experiência que , cedo ou tarde, se realizaria (...) assim não medimos esforços e procuramos levar para os mais modernos centros de especialização, notadamente os da América do Norte, alguns funcionários do IAPC(...) que retornaram com um acervo de experiência apreciável , tornando possível a concretização de uma experiência autenticamente brasileira nos quadros de Reabilitação (...) contando com recursos próprios e pessoal especializado do IAPC, estaremos capacitados a desenvolver este Centro de Reabilitação respeitando todas as características do nosso sistema previdenciário( ...) perfeitamente consoante com suas disposições consagradas em lei (...)*

*(..).a Reabilitação é um meio, um processo... que somente tem validade no condicionamento mais amplo de um programa maior, a Previdência Social, focada agora sob uma legislação progressista representada pela Lei Orgânica( ...) um avançado programa securitário e assistencial e que representará ( a Reabilitação ) um papel dos mais relevantes para os segurados e para a Instituição (...) neste contexto, assistiremos ao desenvolvimento de um processo que visa reintegrar na sociedade segurados(...) acometidos de incapacidade física ou mental, que se acham impossibilitados de trabalhar( ...) estará se assentando um golpe sério ao tabu generalizado de que o deficiente é um inúti(...) Estar-se-á reintegrando um elemento potencialmente útil ao exército produtivo, ampliando a renda nacional e desonerando a Fazenda na manutenção improficua e quase injustificada de elementos capazes para o trabalho.*

*(...) nesta caminhada(...) há de estar a compreensão e o apoio de toda a Comunidade (...) dos Sindicatos, da Associação de categorias, da classe patronal, da classe assalariada(...) há de estar com toda uma organização ao serviço deste objetivo. E essa organização é o IAPC(...) do Serviço Médico, da Divisão de Benefícios, da Carteira de Acidentes de Trabalho, do Serviço Social não recebemos senão a*

*simpatia cativante, a acolhida mais cordial, o apoio mais decidido, a colaboração mais concreta e destacada(...)"<sup>4</sup> ( grifo nosso ).*

A legislação progressista a que se refere Rita Revorêdo é a LOPS-Lei Orgânica da Previdência Social ( Decreto-lei n ° 48.959 de 19/ 09/1960) que unificou as diretrizes e normas de todo o sistema previdenciário (CAPs e IAPs) para os trabalhadores regidos pela CLT- Consolidação das Leis Trabalhistas.

A LOPS preconizava que o programa de reabilitação profissional fosse desenvolvido na Previdência Social tendo por base as seguintes diretrizes :

1. *A assistência educativa e a readaptação fica denominada de **Reabilitação Profissional** visando proporcionar aos beneficiários da Previdência Social quando doentes, inválidos, de algum modo deficitários( ...) os meios de reeducação ou readaptação profissional indicados para que possam trabalhar em condições normais( art.170).*
2. *As avaliações de natureza física, psicológica e social e os tratamentos devem ser realizados no campo médico, de recuperação ou de reajustamento social cujas fases devem prever orientação profissional, formação profissional e colocação ou reemprego, sob a responsabilidade de especialistas em diversas áreas cujas atividades deverão ser permanentemente articuladas num sistema de Equipe, sendo a decisão sobre o tratamento adequado tomada em conjunto, ficando a prestação destes serviços a cargo, em cada instituição previdenciária, dos "Centros de Reabilitação Profissional( art.171).*
3. *Haverá a reserva de vagas, de 2% a 5% dos cargos das empresas filiadas a Previdência Social, para atender os beneficiários reabilitados.(art.172).*

A LOPS foi, sem dúvida, a legislação mais importante para a institucionalização dos serviços de Reabilitação Profissional como atribuição do Seguro Social, devendo ser executada por instituições previdenciárias. Ela veio a consolidar também as outras duas linhas de atividades previdenciárias: o Serviço Social e a Perícia Médica, sendo esta última a instância de definição de incapacidade, denexo-causal, de encaminhamento à Reabilitação Profissional e de prestação de benefícios.

O discurso de inauguração do Centro de Reabilitação do IAPC pode demonstrar, como bem assinalou Soares (1991:80-81), que havia uma justificativa técnico-política para a inscrição desses serviços como política pública, e que era *consensada tanto pela burocracia estatal quanto pelas lideranças sindicais da época, de que se gastava muito com o pagamento de benefícios por invalidez e que a prestação destes serviços viria não só a diminuir despesas como também aumentar receitas já que*

<sup>4</sup> Oração proferida por: Rita de Cássia Revorêdo .Assistente Social Encarregada do Serviço Social na inauguração do "Centro Piloto de Reabilitação do IAPC em São Paulo" ( embrião do atual CRP-São Paulo ) em 22/09/1960. Esta reliquia nos foi cedida pelo fisioterapeuta Sr.Rubens Mendes , um dos primeiros fisioterapeutas do Brasil, aposentado do CRP-Juiz de Fora-MG.

*possibilitava o retorno dos segurados em benefício à situação de segurados ativos, portanto novamente contribuintes.*

A implantação e a expansão dos serviços de Reabilitação Profissional no Brasil foi realizada sob a ótica securitária de **recuperação para o emprego** ou seja, estabelecia-se uma intervenção essencialmente dirigida para que a clientela beneficiária dos programas pudesse ser reintegrada como força de trabalho, através da ampliação da sua capacidade de trabalho. A idéia subjacente a essa lógica é a de que o incapacitado é o indivíduo não apto (parcial ou definitivamente) para o trabalho e, portanto, dependente dos benefícios previdenciários. Esta idéia vinha reforçar e era reforçada pelo Modelo Securitário brasileiro que, baseado numa concepção de Seguro Social, privilegia uma **cidadania regulada pelo emprego**, de caráter meritocrático, onde o valor dos indivíduos é determinado pela sua inserção na estrutura produtiva”. ( Fleury,1994).

Em 1967, houve a estatização do SAT ( Seguro de Acidentes de Trabalho) no Brasil, que passou a ser recolhido exclusivamente pela Previdência Social, estabelecendo a obrigatoriedade legal da prestação de serviços de Reabilitação Profissional aos Acidentados de Trabalho ( Hennington, 1996).

Esta exigência legal, mais o processo de fusão dos Institutos de Pensões e Aposentadorias em um único Instituto, o INPS (Instituto Nacional da Previdência Social) , também ocorrido em 1967, foram fatos políticos importantes na consolidação nacional do sistema previdenciário e também desempenharam um papel decisivo na expansão das Unidades Executivas de Reabilitação Profissional, os Centros de Reabilitação Profissional ( CRPs).

A nova estrutura do INPS , agigantada pela sua abrangência em nível nacional e altamente centralizada, refletindo a concentração de poder do regime autoritário da época, levou à expansão dos CRPs para diferentes capitais dos estados brasileiros, devido à magnitude dos acidentes de trabalho no contexto desenvolvimentista do “milagre econômico”.

O Centro de Reabilitação Piloto do IAPC criado em 1960, foi embrionário do atual CRP- São Paulo. O segundo, foi o CRP-Niterói, criado dez anos mais tarde. Nos cinco anos seguintes, foram criados os CRPs de Fortaleza, Curitiba e Belém. E assim, sucessivamente, as capitais dos estados federativos passaram a ter uma Unidade Executiva, que podia ser um CRP, quando de maior porte, com várias equipes, ou um NRP ( Núcleo de Reabilitação Profissional ) quando de menor porte, muitas vezes funcionando apenas com uma equipe composta de médico e assistente social. Neste período, a linha de Reabilitação Profissional foi a que concentrou a maior soma de recursos financeiros, de equipamentos e de pessoal técnico especializado, se comparada com os dois outros serviços previdenciários- a Perícia Médica e o Serviço Social (Ferreira,1985) devido a grande incidência de acidentes de trabalho e expectativa na capacidade de devolução dos acidentados ao mercado de trabalho, graças a intervenção da linha.

Como havia um projeto institucional de expansão do Modelo de Reabilitação Profissional, foram criadas outras Unidades Executivas em cidades que não eram capitais de estado e essa implantação obedeceu a critérios como: cidades que tivessem um aporte considerável de benefícios cadastrados e que pudessem atuar como pólos regionais de referência; cidades que tivessem um amplo mercado de trabalho e suporte universitário formador de mão de obra especializada (Ferreira, 1985:24). O CRP-Campinas, nosso *locus* principal de análise, foi criado, sob esta perspectiva, no ano de 1979, contando com 5 equipes técnicas compostas de médico, assistente social e psicólogo, bem como com setores de apoio de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Oficina de Reabilitação e Serviço de Pesquisa de Mercado de Trabalho.

As unidades se expandiram de tal forma no final da década de 70 e durante toda a década de 80 que, em 1993, o sistema previdenciário de Reabilitação Profissional possuía quarenta e seis Unidades Executivas, sendo vinte e um CRPs e vinte e cinco NRPs. Estes últimos, apesar de serem unidades menores, com menos recursos técnicos, recebiam as casuísticas com a mesma complexidade dos casos recebidos pelos CRPs.

Nas décadas de 70 e 80, esses serviços receberam altos investimentos porque o modelo implantado buscava a excelência e a auto-suficiência, mas nunca conseguiram alcançar a cobertura necessária, principalmente no Estado de São Paulo, onde se concentrou o maior contingente de benefícios e que dada a sua complexidade industrial, sempre liderou as notificações de acidentes de trabalho na Previdência Social. As unidades executivas sempre foram poucas diante da demanda dos acidentados e adoecidos do trabalho, até porque nunca houve uma preocupação efetiva da Previdência Social em identificar as fontes geradoras dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, restringindo-se à prestação dos benefícios.

Nos anos 80, contudo, ocorreram profundas transformações no setor da saúde, que culminaram com a elaboração do Projeto SUS (Sistema Único de Saúde) cujo desenho jurídico-institucional inseriu-se na Constituição de 1988.

Foram novos tempos denominados de **Reforma Sanitária**, a qual pode ser compreendida, segundo Fleury (1995: 39) *como um processo de transformação da Norma legal e do aparelho constitucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à Saúde dos cidadãos e que se concretizou na busca da Saúde como um Direito Universal e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado.*

A constituição do SUS, um sistema unificado e regionalizado, de atendimento universal e integral da clientela, com participação e controle social, teve como eixo os princípios de direito à saúde, de cidadania, que refletiram significativamente nos serviços de Reabilitação Profissional.

O movimento social da Reforma Sanitária conseguiu que na Constituição de 1988, a Previdência Social juntamente com a Saúde e a Assistência, formasse o tripé da Seguridade Social, valorizando os princípios de universalidade e equidade e contrariando, portanto, a essência meritocrática de “previdência para quem contribui”.

Essas conquistas, plasmadas no advento da distensão política brasileira pós-regime militar, momento de retomada do regime democrático, tomaram corpo graças a um amplo movimento contra-hegemônico constituído de novos atores sociais, como os movimentos populares, os aposentados, os usuários, que junto com os profissionais e intelectuais do movimento sanitário, colocaram em pauta a revisão do modelo brasileiro de proteção social e de saúde. Houve, nesse período, uma ampliação da participação da oposição tanto no debate quanto na condução das instituições públicas (Fleury, 1994: 219).

Uma nova concepção mais avançada de proteção social aos cidadãos passou a ser associada ao conceito de Seguridade Social, expressando-se num conjunto de iniciativas indissociáveis e essenciais que foram inscritas na nossa Carta Magna: *A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações, de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos dos cidadãos relativos à Saúde, a Previdência e à Assistência Social.* (Silva: 1997:51)

No capítulo da Ordem Social da Constituição de 1988, as forças políticas reformistas conseguiram inscrever os princípios de universalidade, equidade, uniformidade e equivalência, a irredutibilidade dos valores de benefícios, a gestão democrática, descentralizada e participativa. Esses princípios organizariam a Seguridade Social e se concretizariam em ações e serviços nas áreas de Previdência, Saúde e Assistência, assumidas como funções públicas. (Fleury, 1994: 225).

Como produto destas transformações sociais, foi instituída a Comissão Executiva Interministerial de Saúde do Trabalhador, a qual elaborou um diagnóstico que reconhecia que *a situação de saúde dos trabalhadores no nosso país não refletia uma condição plena de cidadania(...) pois o trabalho era para muitos, fonte de morte, mutilações, doenças, desgastes ou sofrimento.*<sup>5</sup>

Essa Comissão, ao avaliar a assistência previdenciária dos acidentes de trabalho, como subtema de seu estudo, apontou a Reabilitação Profissional como um serviço *com um modelo ultrapassado, centralizado e inadequado, com desempenho não satisfatório* e propôs a revisão desse modelo com adoção de um paradigma que se baseasse na descentralização e na reavaliação das metodologias empregadas, fomentando as parcerias com as áreas da Saúde, do Trabalho, da Educação e da Ação Social.

<sup>5</sup> Relatório da Comissão Executiva Interministerial de Saúde do Trabalhador, criada pela Portaria Interministerial nº 01 de 20/04/1993. (Mimeo. 1993) o qual, foi integrado ao conhecido “Relatório Britto”.

Os reflexos dessa crítica favoreceram novas propostas no interior dos serviços previdenciários. Para ilustrar, transcrevemos trechos de uma correspondência do Dr. Ricardo Akel, então Coordenador Geral de Serviços Previdenciários do INSS, encaminhada a todas as Unidades Executivas de Reabilitação Profissional: *A linha de Reabilitação Profissional atravessa fase de grande ansiedade pela expectativa das mudanças que devem ocorrer em suas dinâmicas operacionais( ..). Queremos reafirmar que entendemos a Reabilitação Profissional como uma linha absolutamente necessária à Previdência Social, tanto à luz da legislação vigente, como à luz do bom senso. (..). Entendemos como totalmente oportuno o trabalho em parceria com o SUS e com as Delegacias Regionais do Trabalho. Isto não significa acabar com a Reabilitação Profissional no INSS e nem repassar os CRPs e NRPs para o SUS(...)* O grande desafio de integração é a implantação dos Centros Integrados de Atenção à Saúde do Trabalhador, um espaço que será de ação integrada e coordenada entre a Previdência, o Ministério do Trabalho e o SUS, em benefício dos trabalhadores, um condomínio de serviços públicos afinados, onde cada instituição conserva sua vinculação, natureza e autonomia, mas trabalha integrado com os demais, respeitando-se as características loco-regionais de cada Centro. (Memorando nº 18/93 de 16.11.93).

Como vemos, a Reforma Sanitária e as novas diretrizes constitucionais, baseadas numa concepção mais ampliada de Seguridade Social, vinham timidamente penetrando no interior da Previdência Social e, conseqüentemente, na Reabilitação Profissional. Entretanto, uma ala da burocracia dirigente interna oferecia resistência a estas mudanças e a maior parte dos profissionais ligados diretamente ao atendimento, que, por não terem sido adequadamente envolvidos nas discussões daquelas reformas, não compreenderam o seu alcance social, considerando-as como uma ameaça aos seus interesses corporativos, e não se comprometeram com esse projeto, opondo-lhe resistência no âmbito institucional do sistema previdenciário.

O arcabouço jurídico-institucional da Reabilitação Profissional também sofreu alterações após a Constituição de 1988. A Lei nº 8.213 de 24/07/ 1991 instituiu um novo Plano de Benefícios da Previdência Social tendo como órgão executor o agora denominado INSS- Instituto Nacional do Seguro Social, produto da fusão dos dois institutos anteriores: o INPS ( Benefícios ) e o IAPAS ( Arrecadação).

Essa legislação definiu: *A Habilitação e a Reabilitação Profissional como a assistência reeducativa e de readaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação e reabilitação profissional, que visa proporcionar aos beneficiários, incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, independente de carência, e às pessoas portadoras de deficiência os meios para a ( re) educação ou ( re) adaptação profissional e social, indicados para participar do Mercado de Trabalho e do contexto em que vivem.*

O novo texto legal trouxe, portanto, uma concepção mais abrangente visto que o conceito de **habilitação** incluía as pessoas portadoras de deficiências de diversas naturezas que poderiam se inserir no mercado de trabalho e não apenas aquelas cuja incapacidade era resultante de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais ou outros tipos de adoecimentos incapacitantes. Contudo, a prestação dessa assistência só tem caráter obrigatório, portanto como direito, aos segurados da Previdência Social inclusive os aposentados, mas condiciona a aceitação dos dependentes à amplitude das possibilidades administrativas, técnicas, financeiras e de condições locais das Unidades Executivas, o que não veio a ocorrer na prática dos CRPs e NRPs.

Essa mesma lei manteve a execução dos programas de Reabilitação Profissional através de equipes interprofissionais, mas retirou do processo a fase de colocação e reemprego definindo como cessamento da Reabilitação Profissional o momento em que, após o treinamento profissional, a equipe considerar o segurado apto para retornar ao trabalho ( art. 216).

A reserva de vagas instituída anteriormente na LOPS foi mantida ( art. 217), porem criou uma Diretoria de Relações do Trabalho do INSS que ficou responsável pela fiscalização sistemática, avaliação e controle das empresas no cumprimento da legislação, o que efetivamente não ocorreu.

Podemos considerar como a maior inovação desta legislação pós-Constituição de 88 a inscrição do seguintes texto: *O segurado que sofreu Acidente de Trabalho tem garantida, pelo prazo mínimo de 12 meses, a manutenção do contrato de trabalho na empresa, após a cessação do auxílio-doença acidentário, independente da percepção do auxílio-acidente.*( art.169).Essa garantia, que anteriormente só era estabelecida nos dissídios coletivos de trabalho de categorias mais organizadas, como os metalúrgicos por exemplo, ao ser estendida como um direito para todos os trabalhadores segurados da previdência social, representou um avanço , que veio a facilitar a negociação de retorno ao trabalho dos reabilitados, ainda que a mesma fosse temporária e que houvesse uma brecha jurídica que permitia ao empregador indenizar o trabalhador com doze meses de salário em troca dessa estabilidade.

A proposta mais fiscalizatória desta nova legislação instituiu o ato jurídico denominado **ação regressiva** ou seja, o ressarcimento pelas empresas à Previdência Social dos custos dos benefícios e da prestação de serviços, quando caracterizado negligência das empresas em relação às normas de proteção de Segurança e Higiene do Trabalho ( art. 176). Na prática também não se tem informação de qualquer ação vitoriosa nesse sentido, porém pode alterar o conteúdo das discussões realizadas na volta ao trabalho dos segurados reabilitados, direcionando para uma maior responsabilização social das empresas.

Ainda nessa legislação e com menor impacto, foram instituídos os Conselhos Estaduais e Municipais de Previdência Social com representação dos trabalhadores através dos sindicatos e centrais sindicais, dos empregadores e dos aposentados, com a finalidade de introduzir o controle social na Instituição. As parcerias e os trabalhos de atuação conjunta com o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho, bem como com outras instituições públicas e privadas, são estabelecidas e estimuladas pela nova lei.

Assim sendo, com a Constituição de 1988 e legislações dela derivadas, foram dados alguns passos no sentido de reverter a lógica institucional dominante na previdência social, meritocrática e restritiva, que, como já dissemos, refletia-se na descontextualização dos programas de Reabilitação Profissional da realidade social da clientela atendida e da problemática do acidente de trabalho e doenças ocupacionais no Brasil. Temos a clareza, após nossa pesquisa, de que este tempo político mais progressista possibilitou um espaço institucional mais favorável à realização de experiências diferenciadas das tradicionais, orientadas por uma nova ótica, como foram os projetos alternativos de atenção a silicóticos e portadores de perda auditiva induzida por ruído (PAIR), desenvolvidos pela Equipe de Doenças Profissionais do CRP-Campinas e o Modelo Assistencial de LER, nosso objeto de análise nesta pesquisa avaliativa.

## *1.2. O Modelo Assistencial tradicional da Reabilitação Profissional e as tentativas de ruptura do Modelo Assistencial de LER do CRP-Campinas.*

O modelo assistencial de Reabilitação Profissional sofreu a influência do modelo norte-americano do pós-guerra. Nos EEUU, a Reabilitação Profissional se desenvolveu a partir da necessidade de recolocar no mercado de trabalho a mão-de-obra lesada pela guerra, impulsionando o desenvolvimento dessa área como campo da Saúde.

No Brasil, desde o governo de Getúlio Vargas, as demandas decorrentes do avanço do fenômeno da industrialização e da conseqüente urbanização, que se traduziram em aumento das deficiências adquiridas por acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, levaram a criação de serviços de reabilitação governamentais como atividades previdenciárias.

O modelo assistencial de Reabilitação Profissional, ainda que, desde a sua origem fosse desenvolvido por equipes multiprofissionais, preconizadas pela legislação, centrou-se no modelo biomédico clínico, pois sempre coube ao médico a definição do diagnóstico e a avaliação da capacidade física residual dos segurados, e todos os programas de Reabilitação Profissional embasavam-se nas limitações estabelecidas pela avaliação médica. Era este profissional que, nas fases sucessivas, decidia pelo encaminhamento dos clientes para os recursos terapêuticos existentes nos CRPs, a saber, as áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Seção de Órteses e Próteses.

Os demais profissionais que atuavam nos programas de Reabilitação Profissional subsidiavam a programação. Cabia ao assistente social levantar dados da realidade social da clientela de modo a desencadear sua prática em ações que intervinham nos problemas sociais que interferiam no processo reabilitatório. Esse profissional atuava fundamentalmente na negociação com as empresas para o retorno ao trabalho dos reabilitandos, informando a equipe sobre as oportunidades de funções disponíveis para o retorno. Tanto as funções de origem quanto as de mudança eram analisadas pela equipe e, a partir da definição médica de compatibilidade, os reabilitandos eram encaminhados para estágios de avaliação e treinamento, sistematicamente acompanhados pelo assistente social.

O sociólogo atuava no trabalho externo de visita às empresas elaborando as análises ocupacionais, com a descrição de atividades, tarefas, máquinas, instrumentos e material utilizados no desempenho das funções, para apoiar a avaliação da compatibilidade definida pelo médico. O sociólogo compunha o Serviço de Pesquisa de Mercado de Trabalho e também fazia pesquisas referentes a recursos profissionalizantes, equipamentos sociais e quaisquer outros dados de mercado de trabalho solicitados pelas equipes de atendimento.

O fisioterapeuta, a partir de um encaminhamento médico, executava técnicas fisioterápicas com o objetivo de restabelecer funções orgânicas, musculares ou articulares, diminuir ou suprimir sintomatologia dolorosa, restabelecendo uma ou mais unidades motoras. Em síntese, as técnicas eram conduzidas para o restabelecimento da melhora física do cliente com vistas ao exercício profissional. O fisioterapeuta atuava também, de forma importante, na preparação de cotos de amputações e treinamento de próteses a amputados.

O terapeuta ocupacional, também a partir de um encaminhamento médico, prescrevia e orientava a execução de atividades criativas, lúdicas e educacionais, objetivando restaurar ou desenvolver a capacidade funcional dos reabilitandos, reduzindo situações patológicas e desenvolvendo habilidades potenciais e hábitos da vida diária e do trabalho. O terapeuta ocupacional atuava também, de forma imprescindível, no treino de próteses para membros superiores e prescrevia e orientava programas para a troca de lateralidade quando as lesões atingiam os membros dominantes.

O psicólogo era o profissional que atuava na promoção do equilíbrio emocional dos reabilitandos e, através de técnicas específicas, procedia o levantamento de habilidades e interesses visando uma escolha profissional mais adequada porem, sua intervenção na casuística dependia também de um encaminhamento médico.

Esse modelo assistencial tradicional, apoiava-se na concepção de que a eficácia do processo de reabilitação do incapacitado dependia essencialmente da recuperação e ampliação da capacidade física do reabilitando. Assim suas normas técnicas preconizavam muito rigor na avaliação da capacidade laborativa residual, aqui entendida como capacidade física, e uma precisa orientação para o exercício profissional em uma função compatível.

Essa ótica assistencial normativa refletiu-se na organização dos serviços pela elaboração de programas eminentemente casuísticos, com abordagens organicistas individuais, desvinculadas do cotidiano determinado pela realidade social e política da clientela atendida.

Entretanto, a partir dos anos 80, passou a ganhar significação a concepção de que a deficiência ou incapacidade de qualquer gênese, é uma condição que extrapola a lesão orgânica e que repercute na integralidade da pessoa e que é determinada também por condições sociais e políticas. Essa concepção introduziu a questão da desvantagem do meio social e representou uma mudança de paradigma na atenção ao acidentado de trabalho ou portador de doença profissional. A pressão dos movimentos sociais desencadeada por entidades representativas de pessoas portadoras de deficiências e profissionais que atuavam na área, levou ao questionamento do modelo individual/curativo e à preocupação com a garantia de assistência pública e gratuita a essa população, inscrevendo essas questões como direito de cidadania

levando à ruptura dos elos de paternalismo e assistencialismo predominantes e à busca pela superação das desvantagens sociais.

Esta mudança de mentalidade passou necessariamente pelo reconhecimento das condições adversas de trabalho surgindo uma nova lógica de enxergar o adoecimento dos segurados de um Centro de Reabilitação Profissional. Este deixava de ser visto pela ótica de um sofrimento infortunistico individual para ser uma expressão coletiva, socialmente produzida, demandando a necessidade de se alterar a produção deste sofrimento no conjunto das relações sociais. O adoecer saiu de um contexto de rotulação de simulação ,de “poliqueixosos”, de queixas exacerbadas com intuito de ganho secundário, para expressar a manifestação sofrida, oriunda de uma realidade de trabalho que é a do nosso país, engendrada e mantida com a responsabilização de todos nós. Esse entendimento levou à verdadeira compreensão desta dimensão da nossa realidade social e foi capaz de alterar a relação de trabalho de alguns profissionais entre si e a relação destes profissionais com a instituição e com a sua clientela.

Esse novo paradigma , rompeu com a visão médica reducionista, optando pela valorização da complexidade dos adoecimentos em todas as suas dimensões: física, psicológica, antropológica, política e social, as quais estão naturalmente imbricadas, e também pela compreensão integral dos adoecidos, buscando no trabalho, a origem de muitas formas de adoecimento.

As práticas profissionais, nesse paradigma, tiveram que empreender a busca de uma interdisciplinaridade, na qual todas as áreas envolvidas, em igualdade de importância, pudessem aplicar seus saberes e tecnologias, levando a uma visão mais holística da clientela , conseguida através da **escuta dos adoecidos** porem, não mais os vendo como “pacientes” (passivos) mas sim em sua condição de sujeitos que vão interagir com os profissionais e também intervir nos problemas que os afetam. A construção desta ruptura paradigmática no CRP-Campinas, significou para os profissionais que se propuseram a trabalhar desta forma , ter que enfrentar “grupos de interesse” envolvidos com a manutenção do modelo tradicional: interesses econômicos, ideológicos e de corporação profissional.

Não se tratava ,contudo, de abrir mão de toda a proteção social prestada pela Previdência Social no Brasil durante os seus 76 anos de existência . Embora esse sistema tenha reconhecidamente uma história de ineficiência e que muitas vezes se distancie dos objetivos de proteger socialmente os cidadãos para reproduzir o mesmo padrão predatório vigente da força de trabalho neste país, reconhecemos, como Silva (1997:17) *que há momentos na vida de milhões de brasileiros em que este sistema é a única alternativa que pode ser buscada.*

O mesmo se aplica à Reabilitação Profissional, existente há mais de 40 anos no Brasil, pois, mesmo realizando o seu trabalho de forma casuística e pontual, este serviço representou um suporte fundamental para o retorno ao trabalho de milhares de segurados, em todo o território nacional, após o

acometimento de uma situação adversa de acidente de trabalho ou de doença incapacitante, de origem ocupacional ou não.

Além disso, no plano histórico, a preservação do sistema previdenciário brasileiro como responsabilidade estatal e das unidades de Reabilitação Profissional como serviços sociais, garantiu um espaço de mediação no qual, inúmeras vezes nesses anos todos, tanto pela pressão reivindicatória exercida pela luta organizada dos trabalhadores quanto pela ação micro-política dos profissionais inscritos nas instituições públicas, possibilitando projetos sociais alternativos ou mesmo atuações individuais diferenciadas e progressistas. A atuação da Equipe de LER do CRP-Campinas coloca-se nesta condição ao procurar romper com a lógica institucional dominante e “inventar” uma nova forma de reabilitar adoecidos de LER.

### ***1.3. A proposta de privatização do Seguro de Acidentes de trabalho no Brasil e sua articulação com a implantação de um Modelo Assistencial mínimo para a Reabilitação Profissional.***

Retomando nossa análise histórica, a Constituição de 1988 incorporou novos e amplos conceitos quanto à proteção social dos cidadãos, graças ao debate de vários sujeitos coletivos ; desde empresários, trabalhadores, aposentados e outros segmentos sociais organizados - que participaram de forma incisiva na Assembléia Nacional Constituinte, propugnando pela necessidade de mudanças nas áreas da saúde, previdência e assistência.

A Saúde conseguiu avançar na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), produto de uma ação social organizada, mais conhecida como Reforma Sanitária, que foi sendo implementada durante a década de 80, na defesa de um projeto de caráter universal e publicista , com base na crítica competente do sistema anterior.

Na área da Previdência, alguns movimentos de massa, não tão articulados mas importantes, como o conhecido “movimento dos 147%” dos aposentados, conseguiram levar a Câmara dos Deputados, tendo à frente o Deputado Antonio Britto, a instituir em 1992, a “Comissão Especial para estudo do Sistema Previdenciário”, que se desdobrou na “Comissão Executiva Interministerial de Saúde do Trabalhador”, na qual a questão da Reabilitação Profissional foi tratada. O Relatório Britto abrangeu as análises de ambas as comissões e fez dois níveis de proposições: as referentes a um diagnóstico e as recomendações para a Reforma da Previdência. Enfatizou a crise da Previdência Social e apontou as causas gerenciais, conjunturais e estruturais responsáveis por sua deflagração. Segundo esse relatório a incorporação pela Seguridade Social das políticas de previdência, saúde e assistência, acarretou sérias implicações financeiras no orçamento da Previdência Social, por ser esta de natureza contributiva e as demais políticas distributivas. Segundo o documento, o impacto dos novos benefícios aprovados pela Constituição e a universalização do acesso afetaram significativamente a caixa da Previdência (Mota,1995)

As recomendações do referido relatório enfatizavam a necessidade de reformas administrativas, fazendo uma crítica contundente à “*dependência excessiva da folha de salários*” tornando a seguridade social extremamente vulnerável às crises econômicas, bem como ao grau de crescimento da economia informal e ao baixo nível salarial dos trabalhadores contribuintes, proveniente do crescente desemprego.

Para enfrentar essas questões , o Relatório Britto (1993) , de forma paradoxal, reconheceu a Seguridade Social como um direito universal, mas defendeu a separação das três áreas - Saúde, Assistência e Previdência - em virtude da necessidade de separar suas fontes de custeio.

O documento sugeriu ainda que a área de abrangência da previdência social permanecesse restrita às aposentadorias e pensões, e propôs a aposentadoria complementar, pública ou privada, para os salários superiores ao teto de dez salários-mínimos, a extinção da aposentadoria por tempo de serviço, a municipalização da assistência médica e novas formas de captação de recursos, através do imposto sobre transações financeiras, da criação de tíquetes-saúde ou da obrigação do financiamento das empresas do seguro de saúde para os seus trabalhadores (Mota,1995: 189).

Outros elementos foram ampliando essas formulações, incorporando medidas voltadas às necessidades que têm sido impostas pela reestruturação produtiva do capitalismo em nível mundial, e que vêm trazendo profundas modificações para o mundo do trabalho e redirecionando a intervenção do Estado. São as chamadas reformas de cunho neoliberal.

Assim sendo, o que se constata é que o projeto de Reforma Previdenciária do Governo brasileiro, em especial nos dois últimos mandatos presidenciais, não se atém aos limites da seguridade social enquanto projeto societário, mas está vinculado ao ajuste estrutural da economia brasileira assentado na fórmula econômica do chamado “Consenso de Washington”, proposto pelos seguintes Organismos Internacionais : Fundo Monetário Internacional ( FMI), Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento ( BID).<sup>6</sup>

A implantação do projeto neoliberal no Brasil tem exigido um controle do gasto social público, com repercussões nas políticas sociais, reformas do Estado, dentre elas, a previdenciária, na quebra de monopólios estatais nas áreas de petróleo, comunicação e energia elétrica e na perda ou redução de conquistas históricas dos trabalhadores de direitos sociais garantidos pela Constituição de 1988. Os organismos internacionais tem atrelado estas orientações econômicas e políticas aos acordos de pagamento da dívida externa brasileira.

O atual governo, seguindo à risca a agenda dos organismos internacionais, tem lastreado suas razões para efetuar a reforma da Previdência Social numa avaliação crítica da previdência pública centrada na eminência de quebra desse sistema, em decorrência de sua inviabilidade financeira devido a um baixo coeficiente na relação ativo/ inativo o que viria a ameaçar o contrato de gerações, base para os regimes de repartição simples, como é o brasileiro. O aumento dos encargos com benefícios e a pesada carga de contribuição previdenciária das empresas, o chamado “custo-Brasil”, teriam encarecido os custos de produção diminuindo a competitividade do produto brasileiro no mercado internacional, razões

---

<sup>6</sup> O BID é a agência financiadora de projetos da ONU, cuja proposta de Seguridade Social para a América Latina separa os programas de saúde dos de previdência pois, o primeiro é de caráter universal e o segundo deve atender, prioritariamente, a população de idade avançada e de poucos recursos, por meio de subsídios fiscais, além de apoiar e incentivar outros sistemas privados que atendam as camadas da população de rendas médias e altas.

apontadas para o convencimento nacional. Por último, como tática de marketing, o Governo fala em critérios de justiça social na política de benefícios, alegando que direitos conquistados por algumas categorias são privilégios, em detrimento dos demais trabalhadores brasileiros (Cabral, 1994).

Vários estudos - ( Faleiros (1994), Cabral ( 1994), Mota (1995), Munhóz (1994), Cartaxo ( 1995) - bem como relatórios de organizações de trabalhadores<sup>7</sup> descortinam uma realidade bem distinta do caos apresentado pelo Governo. O trabalho de Mota (1995: 159 ), inclusive aprofunda a análise da formação intencionada de uma cultura política da crise, que é marcada pelo pensamento privatista e pela constituição de um “cidadão-consumidor”, ou seja, do cidadão cujo acesso a saúde e à previdência deixa de ser um direito de cidadania para ser determinado para quem pode pagar pelos planos de saúde e de aposentadoria, favorecendo o processo de capitalização de recursos através dos seguros privados como estratégia de reordenação capitalista.

Na prática, o enfrentamento dessas questões pelo Governo, tem caminhado para o enxugamento da previdência pública através da restrição de benefícios, da revisão dos critérios das aposentadorias, obedecendo as orientações internacionais de fortalecimento do sistema privado de capitalização dos recursos sociais.

Nesse contexto das propostas de mudanças na Previdência Social, o INSS, através do seu Coordenador de Atividades Previdenciárias, vem defendendo a proposta de privatização do SAT ( Seguro de Acidentes de Trabalho no Brasil), com a criação de entidades privadas sem fins lucrativos denominadas mútuas. Nessa proposta, tanto as mútuas, que poderiam inclusive ser criadas como desdobramentos das entidades sindicais já instituídas, quanto as entidades privadas com fins lucrativos, as seguradoras, teriam a responsabilidade de prestar os serviços de reabilitação profissional e outras prestações previdenciárias.

As Unidades Executivas de Reabilitação Profissional receberam a primeira formulação dessa proposta em Agosto de 1996<sup>8</sup>. A primeira parte desse documento contém uma análise crítica ao modelo brasileiro do SAT, no âmbito do Estado, apontando para as seguintes questões:

1. *insuficiente cobertura quantitativa do Seguro de Acidentes de Trabalho, a julgar pela desproporção entre o número de “pessoas ocupadas” e “pessoas ocupadas contribuintes da Previdência Social”;*
2. *insuficiente cobertura, quantitativa e qualitativa dos serviços previdenciários na Assistência Médica ao acidentado de trabalho ou acometido por doença profissional;*

<sup>7</sup> “Cai a máscara do Governo FHC- a farsa do déficit”-CUT ( Central Única dos Trabalhadores) Brasília, 1995 e “Por que o governo e os empresários querem mudar a constituição” -Documento apresentado pela FENASP ( Federação nacional dos trabalhadores da Saúde e Previdência no Seminário Nacional sobre Previdência Social da CUT, São Paulo, 1995.

<sup>8</sup> “Considerações sobre o Acidente de Trabalho no Brasil”- Coordenadoria de Atividades Previdenciárias / INSS/ Brasília, 1996.

3. *insuficiente presença da Seguradora nas atividades de promoção da saúde e prevenção dos acidentes de trabalho e doenças profissionais;*
4. *dificuldade em caracterizar a natureza ocupacional dos agravos à saúde, principalmente nas novas doenças profissionais, nas de longa latência e outras relacionadas com o trabalho, principalmente pelo obsolescimento dos instrumentos legais;*
5. *conflitos institucionais ocasionados pelas diferentes lógicas institucionais resultando em dicotomia entre a fiscalização do Ministério do Trabalho, da Saúde e do INSS;*
6. *baixa capitalização da experiência da Reabilitação Profissional.*

A partir desta série de críticas o documento propõe um novo modelo *que teria um enfoque mais preventivo e reorientaria todo o atual processo cristalizado na reparação.* (reparação pecuniária dos danos ). Enfatizava *a integralidade das atividades de atenção aos acidentados e adoecidos do trabalho, tanto para as ações preventivas quanto as de assistência à saúde, reabilitação profissional , serviço social e pagamento de benefícios* e apresentava os seguintes objetivos específicos:

1. *melhorar as condições dos locais e ambientes de trabalho;*
2. *reduzir a sinistralidade ( número de acidentes de trabalho);*
3. *reduzir a mortalidade por acidentes de trabalho;*
4. *reduzir a morbi-mortalidade por doença profissional;*
5. *reduzir as seqüelas incapacitantes por acidentes de trabalho e doenças profissionais;*
6. *proporcionar assistência médica ( hospitalar e ambulatorial) integral à saúde do trabalhador;*
7. *reduzir o absenteísmo no trabalho;*
8. *reduzir o número de concessões de benefícios por incapacidade;*
9. *reduzir o tempo de permanência em benefício por incapacidade;*
10. *garantir o retorno imediato ao trabalho.;*
11. *possibilitar amplos programas de Reabilitação Profissional visando a recolocação no mercado de trabalho;*
12. *proporcionar benefícios pecuniários ( auxílios, aposentadorias e pensões) adequados ao salário do trabalhador;*

Para superar as questões críticas apontadas e cumprir estes objetivos específicos , o Governo propôs então a criação das “mútuas”, pautando-se na experiência internacional com esse sistema, que, segundo o INSS, *foi exitosa, tendo sido aceito como socialmente justo, de baixo custo e efetivo na redução da sinistralidade, por seu enfoque preventivo e de grande participação social.* ( Schubert, 1996).<sup>9</sup> Cabe

<sup>9</sup> Schubert, B - “Considerações sobre o Acidente de Trabalho no Brasil”, Brasília, 1996.

entretanto lembrar, que a proposta autorizava as seguradoras privadas, com fins lucrativos a também participarem do processo.

A proposta de privatização do SAT continha os seguintes tópicos principais:

1. quanto às prestações ( de serviços e de benefícios):

*- uma única entidade deverá prestar assistência ao segurado, desde a assistência médica, reabilitação profissional e compensação financeira. ( grifo nosso ). O auxílio-doença será concedido pela mútua ou seguradora no período de dois anos, ao fim do qual, se o segurado não tiver sido reabilitado, o benefício será assumido pelo INSS, na forma de aposentadoria por invalidez.*

2. quanto à prevenção:

*- haverá mecanismos de estímulos para recompensar as empresas que desenvolverem ações preventivas e penalizações para as que tiverem a sinistralidade acima de determinados patamares, o que será feito através de uma tarifação individual, por empresa, denominada *bônus e malus* . Isto significa reduzir a tarifa para as empresas que investirem em prevenção (*bônus*) e aumento de contribuição para aquelas que não tiverem um bom desempenho preventivo (*malus*).*

3. quanto a participação do Estado no sistema do seguro do SAT:

*- a primeira é a de gerenciar, através da Previdência Social, um Fundo Comum de Solidariedade, constituído pelo repasse de parte do superávit (lucro) das seguradoras, para cobrir eventuais problemas do sistema. A outra parte do superávit permanecerá nas seguradoras para reinvestimento e constituição de reservas.*

*- a segunda participação do Governo é ter o INSS como coordenador, supervisor, fiscalizador, avaliador e mínimamente executor do SAT.*

Ao mesmo tempo que o Governo lançou e vinha fazendo campanha nacional em defesa dessa proposta, a Direção Geral da Reabilitação Profissional do INSS normatizou e iniciou a implantação de um **Plano de Modernização** com a finalidade de reorganizar o atendimento dos CRPs e NRPs. Esse plano veio a representar, na prática, uma redução do modelo assistencial desses serviços, eliminando as atividades terapêuticas, de recuperação e de ampliação da capacidade laborativa dos assistidos.

A reformulação ajustou as atividades das unidades de reabilitação à execução de um modelo assistencial reduzido , voltado apenas para a avaliação do grau de comprometimento da capacidade laborativa do segurado acidentado, de modo que, se essa capacidade for considerada suficiente para trabalhar, é negociado com a empresa o seu retorno. A aptidão para o trabalho é avaliada pela ótica de

“qualquer trabalho”, independentemente da profissão exercida pelo segurado. Ao ser homologado o seu retorno ao trabalho, o segurado é desligado da programação e não mais terá direito ao afastamento e ao recebimento do benefício.

A efetivação desse novo modelo , levou ao desmonte das equipes multiprofissionais. Foi criada uma dupla de avaliadores, composta por um médico e qualquer outro profissional da unidade, cuja atribuição é definir portanto, a capacidade de trabalho apresentada pelo segurado. Se a unidade dispuser ainda dos antigos recursos de fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia, poderá utilizá-los para os casos mais complexos, porem, apenas para a avaliação, não para intervenção terapêutica.

A etapa seguinte é assumida por um orientador profissional, que pode ser qualquer profissional de nível universitário da unidade, que consiste em contatar a empresa e avaliar a função oferecida pela empresa para a readaptação do segurado. Se a função oferecida for considerada compatível com os dados da avaliação inicial, o segurado é encaminhado para estágio. Ao final, tendo sido o desempenho considerado satisfatório, o trabalhador é desligado do CRP ou NRP, recebendo um certificado de mudança de função.

Para os segurados sem vínculo empregatício ,há a possibilidade de serem encaminhados para os cursos profissionalizantes na comunidade,custeados pelo INSS. Terminada a profissionalização, o segurado recebe um certificado de aptidão para essa nova profissão e é desligado do serviço, uma vez que a norma legal não responsabiliza a Reabilitação Profissional pela recolocação no mercado de trabalho. O desligamento do serviço implica, em tese, suspensão do pagamento do benefício.

No capítulo II deste trabalho apresentamos os resultados de nossa avaliação aplicada a uma unidade de Reabilitação Profissional, o NRP- Americana, que, assim como várias unidades de reabilitação do nosso estado e do país, passou a operar segundo esse modelo assistencial mínimo.

*Capítulo II Avaliação dos projetos de intervenção do CRP-Campinas e NRP-Americana.*

Neste capítulo apresentamos nossa pesquisa avaliativa de duas práticas de intervenção com lesionados de LER, ambas realizadas no âmbito da Reabilitação Profissional da Previdência Social, que se nortearam por dois modelos distintos. O CRP-Campinas seguiu um modelo alternativo, de conteúdo terapêutico inovador, o NRP-Americana seguiu o modelo tradicional porém mais reduzido, adequado às diretrizes da reforma previdenciária.

Os projetos de intervenção social são , segundo Martinic (1997:23-24), *sistemas de ação social cujos componentes atuam entre si e com o entorno, para produzir mudanças em uma determinada situação-problema.*

Com essa abordagem sistêmica, reconstituímos os modelos assistenciais de LER dos dois serviços, a partir do desenho metodológico proposto por esse autor, uma vez que os elementos por ele destacados, nos parecem também os mais significativos para a elaboração de uma avaliação. São eles: os antecedentes, os objetivos, a duração dos programas, os recursos humanos e materiais, a clientela beneficiária , a lógica da intervenção e as relações de interesse.

Acrescentamos a esse desenho metodológico a apresentação dos resultados da intervenção através da matriz de julgamento construída para esta finalidade e também os procedimentos da avaliação dos mesmos.

Primeiramente caracterizamos o modelo assistencial do CRP-Campinas - seus propósitos, objetivos, perfil da clientela, recursos humanos e materiais envolvidos - e avaliamos os resultados conseguidos, comparando os momentos antes e depois da intervenção.

Em segundo lugar, caracterizamos o modelo assistencial do NRP-Americana seguindo os mesmos parâmetros e também avaliamos os resultados dessa intervenção.

Concluindo o capítulo, comparamos os dois resultados e apresentamos nosso juízo de valor sobre os dois modelos assistenciais , analisando sua pertinência e adequação para a reabilitação profissional de adoecidos de LER.

## **II.1 A reconstituição do modelo assistencial de LER do CRP-Campinas.**

### **a) Antecedentes**

A LER configurava-se como uma situação-problema, no município de Campinas, por dois motivos distintos. Por um lado, era uma patologia ocupacional, decorrente de condições adversas de trabalho nas empresas, que requeria uma intervenção coletiva para evitar que mais e mais trabalhadores

continuassem adoecendo. A consciência dessa situação advinha do quadro perverso com o qual os profissionais do atendimento no CRP-Campinas se deparavam: eram casos graves, semnexo-causal reconhecido (nem pelos médicos de suas empresas, nem pela Perícia Médica do INSS), com os adoecidos apresentando sucessivos afastamentos do trabalho, e retorno nas mesmas condições que provocavam o adoecer, tendo como consequência o agravamento. A ausência de reconhecimento social dessa doença fazia com que não houvesse nenhuma ação coletiva de mudança das condições geradoras da patologia. Os profissionais sentiam que era urgente a reversão deste quadro.

Por outro lado, havia um contingente grande de adoecidos de LER que, por apresentarem muita gravidade em seu adoecer, precisavam de um atendimento terapêutico que resgatasse sua autonomia funcional e seu equilíbrio emocional afetados pelo adoecimento, condição imprescindível para a volta ao trabalho.

Os adoecidos de LER apresentavam muitas queixas de dor e incapacitação. Seus quadros clínicos eram variados e acometiam principalmente os membros superiores, região escapular e pescoço, com predominância de tenossinovites, cervicobraquealgias e síndrome miofascial cervical.

Os dados de diagnósticos médicos, cuja manifestação sintomática se apresentava sob a forma múltipla, são apresentados na tabela I, sendo que 46% do total de diagnósticos levantados referiam-se às tenossinovites e 16% às cervicobraquealgias, acompanhando o perfil de adoecimento descrito na literatura.

**Tabela I: Distribuição dos diagnósticos, combinados ou não, dos adoecidos de LER, grau III, que cumpriram programa no CRP- Campinas, de agosto de 1995 a dezembro de 1997.**

<i>Diagnósticos</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Tenossinovite MMSS</i>	<b>39</b>	<b>46</b>
<i>Cervicobraquealgia</i>	<b>13</b>	<b>16</b>
<i>Síndrome miofascial cervical</i>	<b>9</b>	<b>11</b>
<i>Epicondilite MMSS</i>	<b>8</b>	<b>10</b>
<i>Síndrome do túnel do carpo</i>	<b>5</b>	<b>6</b>
<i>Tendinite do ombro</i>	<b>3</b>	<b>4</b>
<i>Tendinopatia do supra-espinhal</i>	<b>2</b>	<b>2</b>
<i>Entesopatia de ombros e cotovelos</i>	<b>2</b>	<b>2</b>
<i>Tendinite de Quervain (punho D)</i>	<b>1</b>	<b>1</b>
<i>Distrofia simpático-reflexa</i>	<b>1</b>	<b>1</b>
<i>Mialgia do trapézio</i>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>84</b>	<b>100 %</b>

Os sintomas, descritos na literatura (Settimi & Silvestre, 1994) e referidos pelos lesionados do CRP-Campinas, eram os seguintes:

1. dor, inicialmente localizada num determinado segmento distal ( mãos, punhos, antebraços ou cotovelos) ou proximal (pescoço, região cervical, região dorsal e ombros); subseqüentemente, a dor alastra-se por um membro superior ou ambos, pela região cervicodorsal, pescoço e cabeça. Essa dor era descrita como latejante, em queimação, em peso, em alfinetadas;
2. parestesia, incluindo sensações de pontada, agulhada, dormência, ardor, fraqueza, peso, fadiga, queimação;
3. hipotermia ou sensação de frio nos membros superiores, mais especificamente em mãos e dedos;
4. edemas ou inchaço nos membros superiores e ombros;
5. sensação de enrijecimento muscular (tensão);
6. sensação de câibras;
7. variados graus de distúrbios do sono e acometimento psicológico;

Quanto às incapacidades, as mais freqüentemente referidas eram:

1. diminuição da agilidade dos dedos, sentida principalmente, na digitação, contagem de dinheiro ( pelos caixas) e escrita;
2. dificuldade para pegar, manusear ou segurar pequenos objetos tais como, agulhas, lápis, facas, colheres, garfos, botões das roupas, etc;
3. incapacidade de permanecer sentado por muito tempo, pela dor no pescoço e região cervicodorsal ;
4. dificuldade em manter os membros superiores elevados, como nos movimentos para estender roupas no varal, segurar apoio em ônibus, pentear os cabelos, etc;
5. sensação de peso para segurar a bolsa a tiracolo;
6. dificuldade para segurar o telefone;
7. dificuldade para cortar legumes, mexer alimentos nas panelas, arear panelas e limpar azulejos, passar roupas, esfregar e torcer roupas;
8. dificuldade para carregar peso moderado como sacolas e bebês;
10. falta de firmeza para segurar objetos, mesmo leves, chegando a derrubá-los involuntariamente;
11. dificuldade ou incapacidade para dirigir;

## **b) Objetivos da intervenção.**

### **Objetivos gerais**

Como a LER se configurava em situação-problema por dois aspectos distintos, o projeto de intervenção do CRP-Campinas definiu dois objetivos gerais para definir suas ações:

1. articulação interna das várias disciplinas que compunham o quadro técnico do CRP, rompendo com o modelo biomédico hegemônico com a finalidade de realizar uma abordagem terapêutica mais abrangente e intervir de forma holística na redução do sofrimento dos lesionados, restabelecendo suas capacidades físicas, emocionais e sociais como melhor equacionamento de um retorno ao trabalho mais adequado e efetivo. Esta proposta de abordagem terapêutica mais ampliada tomou corpo e veio a constituir o modelo assistencial de LER do CRP-Campinas, nosso objeto de análise.

2. articulação externa com outras instituições que faziam interface de atendimento ou de responsabilidade com a clientela de LER, com a finalidade de potencializar competências institucionais e recursos para impedir, de forma coletiva, a geração da situação-problema, detectando precocemente os casos para romper o ciclo perverso adoecimento/agravamento, facilitando o reconhecimento social da doença e realizando conjuntamente as ações de vigilância, propondo, a partir dos dados das casuísticas, alterações e correções nos ambientes e processos de trabalho. Deste projeto originou-se Grupo Interinstitucional de LER de Campinas (GIL) com a parceria das seguintes instituições: CRST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, CRP-Campinas e Perícia Médica do INSS, Núcleo de Saúde da PUCCAMP, DRT-Campinas ( Delegacia Regional do Trabalho - Ministério do Trabalho), Serviço de reabilitação física do município de Campinas, Ministério Público Federal do Trabalho e Comissão Intersindical de Campinas.

### **Objetivos específicos**

O modelo assistencial de LER do CRP-Campinas tinha seus objetivos específicos definidos pelos vários profissionais que atuavam na intervenção. Apresentamos a seguir o resultado de nosso esforço de sistematização dos objetivos específicos das atividades e produtos de cada profissional tentando captar o dinamismo destas ações e relações no cotidiano dessas práticas.

## 1. Assistente Social

1. Analisar os dados situacionais e profissionais de cada adoecido de LER para contextualizar, de modo singular, sua condição social e profissional.
2. Orientar quanto aos direitos trabalhistas e de cidadãos, de modo a buscar conjuntamente, as melhores alternativas para o retorno ao trabalho. Trata-se de uma atividade terapêutica na medida em que viabiliza *“outros canais de liberação da energia mobilizada pelo sofrimento, em que pudessem encontrar uma linguagem para elaborar, de forma real, os sofrimentos de injustiça e impotência diante do problema.”* (Souza, 1998).
3. Conhecer o contexto socio-profissional dos segurados para subsidiar de forma fundamental a análise conclusiva quanto à capacidade laborativa residual dos adoecidos.
4. Com base nos atendimentos casuísticos, articular com as instituições parceiras para equacionar todos os aspectos multifacetários desta problemática de alta complexidade: diagnóstico precoce,nexo-causal, prevenção, mudanças das condições de trabalho e garantias de retorno ao trabalho.

## 2. Médico

1. Avaliar clinicamente as condições globais de saúde dos adoecidos de LER, esclarecendo-os quanto à etiologia da doença e orientando-os quanto à melhor forma de lidar com ela.
2. Avaliar o grau de comprometimento da capacidade laborativa de cada lesionado, estabelecendo os limites do ponto de vista físico e a compatibilidade com a função exercida e a exercer, orientando o retorno.
3. Mediar e prescrever tratamentos em situações de crises agudas.

## 3. Psicólogo

1. Auxiliar o adoecido de LER a elaborar seus sentimentos decorrentes da perda funcional de modo a aceitar seus limites, conviver com as crises de dor e estabelecer novas condutas para a satisfação de seus anseios.
2. Desenvolver, através do trabalho em grupos, os aspectos sadios dos lesionados, pois *“através do processo grupal no CRP, os participantes desenvolvem sentimentos de pertinência e identificação, ressignificando a doença segundo um referencial coletivo e*

*não mais apenas individual, o que diminuí muito o nível de angústia e proporciona o suporte necessário para a reconstrução da identidade.” ( Relatório do CRP-Campinas, s/d)*

#### **4. Fisioterapeuta**

1. Desenvolver no adoecido de LER a percepção do corpo como produto de um conjunto de estruturas que agem harmonicamente produzindo movimento.
2. Desenvolver, a partir do conhecimento das inter-relações entre os segmentos corporais, as condições para que os próprios lesionados possam criar alterações de hábitos posturais e funcionais, diminuindo as sobrecargas físicas e tensionais, aprendendo a ouvir e respeitar o corpo.

#### **5. Terapeuta Ocupacional**

1. Possibilitar , através de atividades específicas, vivências ao adoecido de LER para:
  - a) vincular posturas corretas, observando tempo e ritmo na realização das atividades.
  - b) observar a respiração e a tensão muscular para realizar tarefas e segurar objetos, aprendendo através de relaxamento, novos caminhos funcionais adaptativos.
  - c) melhorar a coordenação motora para a escrita.
  - d) conhecer os limites do corpo e respeitar pausas no trabalho.
  - e) realizar em grupo adaptações para as atividades da vida diária e de lazer através de atividades não reiterativas ( não-repetitivas e não-normatizadas). *Através de atividades lúdicas, expressivas e de relaxamento, realizadas num setting grupal , possibilitando que a troca entre seus participantes, do que foi experimentado, seja um potencializador para o autoconhecimento dos hábitos funcionais e posturais, o que poderá levar a uma efetiva modificação dos mesmos. (Melo, dig. s/d).*

#### **c) Duração dos programas.**

O programa da Reabilitação Profissional tradicional normatizado pelo INSS tinha a duração média de 240 dias (8 meses). Sua prorrogação dependia da autorização da direção, à qual a equipe de atendimento dirigia solicitação acompanhada de justificativa técnica. A direção da unidade era

supervisionada por uma direção estadual que também atentava a esses prazos, solicitando justificativas para sua extensão.

Na Tabela II apresentamos a distribuição e a frequência do tempo de permanência da clientela de LER do CRP-Campinas, bem como o cálculo do tempo médio de permanência dos lesionados no programa. Esta tabela mostrou que 13% da clientela atendida permaneceu de 9 a 10 meses no programa; 11% de 11 a 12 meses; 15% de 13 a 14 meses e 32% permaneceu mais de 17 meses na programação. O tempo médio de permanência no programa foi de 16,35 meses.

**Tabela II: Distribuição dos adoecidos de LER do CRP- Campinas, segundo tempo de permanência da clientela no programa, de agosto de 1995 a dezembro de 1997.**

Meses de programa	Ponto médio (X)	N	%	N . X
7 --- 9	8	1	2	8
9 --- 11	10	6	13	60
11 --- 13	12	5	11	60
13 --- 15	14	7	15	98
15 --- 17	16	6	13	96
17 --- 23	20	15	32	300
23 --- 31	27	3	6	81
N.C.D	-	4	9	-
Total	-	47	100 %	703

Fonte: INSS/ arquivo de prontuários do CRP- Campinas, 1998.

$$\bar{X} = \frac{\sum N.X}{N} = \frac{703}{43} = 16,35$$

#### d) Recursos humanos e materiais

Ao longo do desenvolvimento do projeto, o número de profissionais da equipe de LER sofreu várias alterações para responder às necessidades da demanda sempre crescente e equacionar as lacunas provenientes dos pedidos de demissão voluntária ( PDV), estimulada pelo Governo Federal sem qualquer racionalidade administrativa, e da corrida às aposentadorias precoces, motivadas pela ameaça de perda de direitos trabalhistas pelos servidores públicos.

No período delimitado por este estudo, atuaram no atendimento do modelo assistencial de LER os seguintes profissionais: 3 assistentes sociais, 2 médicos, 3 psicólogos, 2 fisioterapeutas, 2 terapeutas ocupacionais e 2 sociólogos.

Matsuo ( 1998: 66 ) assinala que, no decorrer dos anos 80 e 90, *os CRPs apresentaram sérias dificuldades no que se refere a recursos humanos( ...) vários técnicos foram transferidos, exonerados ou aposentados sem serem substituídos, em virtude da impossibilidade de novas contratações sem concurso público. O último concurso público ocorreu em 1978, não havendo qualquer contratação desde então.*

O processo de esvaziamento dos CRPs foi acontecendo lentamente durante as duas últimas décadas, mas se agravou nos anos de 1995 e 1996 com as políticas de reforma administrativa do Estado.

Para enfrentar o déficit de profissionais em relação a demanda de encaminhamentos de lesionados de LER ao CRP-Campinas, as áreas de psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional recorreram à estratégia do atendimento em grupo que, não obstante, mostrou-se bastante adequado ao atendimento dessa casuística. Segundo relatório dos profissionais da Equipe de LER, o trabalho em grupo foi um *importante instrumento potencializador dos aspectos sádios dos pacientes. No processo grupal, os participantes desenvolvem o sentimento de pertinência e identificação, ressignificando sua doença segundo um referencial coletivo e não mais apenas individual, o que diminui muito o nível de angústia e proporciona o suporte necessário para a reconstrução de sua identidade.* ( Proposta de Atendimento dos Casos de LER - Equipe de LER/ CRP-Campinas,1997).

Os grupos de atendimento psicológico eram compostos de 8 pacientes por grupo e tinham a duração média de 3 meses, no qual eram atendidos 48 adoecidos de LER por período. Os grupos da área de fisioterapia eram formados com 6 lesionados por grupo, com atendimento de 20 sessões de 1 hora de duração . A capacidade de atendimento em 2 meses e meio era de 36 clientes em programa. O atendimento em grupo da terapia ocupacional era realizado de forma semelhante ao da fisioterapia e era realizado concomitantemente. Os assistentes sociais e médicos atendiam de forma individual e o agendamento dependia das necessidades singulares apresentadas em cada caso. Os sociólogos não atendiam diretamente a clientela Seu trabalho se realizava junto às empresas, levantando dados ocupacionais para subsidiar a Equipe todavia , um dos sociólogos do programa passou a atuar no atendimento social dos casos.

A carga horária dos médicos do programa era de 20 horas semanais e dos demais profissionais de 30 horas. No período estudado os salários estavam congelados pelo Governo Federal, tendo sido desrespeitadas as datas de reajuste da categoria como forma de redução dos gastos públicos. Segundo dados da pesquisa de Matsuo (1998:75), os salários dos técnicos de nível superior dos CRPs em geral, no ano de 1995, variavam entre R\$ 800,00 e R\$ 1.400,00, dependendo do tempo de serviço destes profissionais.

O trabalho foi desenvolvido através de uma proposta interdisciplinar e semanalmente aconteciam reuniões técnicas de discussão de casos e avaliação de metodologias de trabalho com um tempo de duração de aproximadamente 4 horas.

O programa de LER do CRP-Campinas foi de baixo custo, não necessitando de recursos adicionais, a não ser os tradicionalmente viabilizados para programas de reabilitação profissional pelo INSS, a saber:

- 1) auxílio- transporte para locomoção urbana;
- 2) passagens e diárias para segurados encaminhados pelas Perícias Médicas de outras localidades da área de abrangência do CRP-Campinas;
- 3) auxílio-alimentação quando o tempo de programa era superior a 4 horas;
- 4) auxílio-documentação para fotografias, taxas de inscrição, etc ;
- 5) mensalidades de cursos profissionalizantes;
- 6) órteses e próteses;
- 7) instrumentos de trabalho (máquinas, equipamentos e ferramentas para possibilitar o trabalho autônomo);

Esses auxílios-materiais eram condicionados às prescrições técnicas dos profissionais da Equipe , contendo uma justificativa associada a criação de oportunidades de trabalho profissional remunerado. A concessão desses auxílios, no entanto, envolvia tramitação burocrática e, dependendo do valor de custo, de processos licitatórios bastante demorados, influenciando de forma significativa no tempo de duração dos programas.

Não foi nosso objetivo, neste estudo, fazer uma avaliação mais detalhada dos recursos financeiros utilizados pelo programa de LER, até porque não havia uma rubrica de destinação específica para essa intervenção.

As instalações físicas dos CRPs sofreram um processo de sucateamento por falta de investimentos e pelas dificuldades de manutenção preventiva. A capacidade instalada dos serviços era suficiente para a realização das atividades e os profissionais tiveram plena autonomia para definir a sua própria capacidade de atendimento, a despeito da existência de um grande contingente de adoecidos de LER em fila de espera e das pressões por agilização exercidas pelas supervisões estadual e nacional do INSS .

#### **e) Clientela beneficiária**

Os adoecidos de LER atendidos pelo programa eram exclusivamente segurados da Previdência Social, encaminhados pela Perícia Médica de Campinas e de outras localidades da área de

abrangência do CRP, tais como: Mogi-Mirim, Mogi-Guaçu, São Carlos, São João da Boa Vista, Sorocaba, Aguaí, Espírito Santo do Pinhal, Engenheiro Coelho e Pedreira.

Os dados disponíveis nos 221 prontuários de adoecidos de LER do CRP-Campinas, que totalizaram os casos atendidos no período de agosto de 1995 a dezembro de 1997 e a amostra dos 47 prontuários de grau III, foram a nossa base para a caracterização do perfil sócio-demográfico ocupacional da clientela beneficiária da intervenção em estudo.

O perfil da clientela beneficiária incluiu a sua descrição por sexo, idade, escolaridade declarada e função nos diferentes ramos de atividade produtiva.

### *1) A LER e as relações de gênero.*

A clientela de LER vem apresentando um perfil de gênero semelhante ao de todos os serviços públicos de saúde de Campinas e de outras localidades: trata-se de uma clientela majoritariamente feminina.

No CRP-Campinas, 87% do nosso universo de adoecidos, no período estudado, era formado por mulheres, como mostra a Tabela III.

**Tabela III: Distribuição dos adoecidos de LER, segundo sexo, no CRP-Campinas, de agosto de 1995 a dezembro de 1997.**

<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Masculino</b>	<b>28</b>	<b>13</b>
<b>Feminino</b>	<b>193</b>	<b>87</b>
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100%</b>

*Fonte: INSS/ Arquivo de prontuários do CRP-Campinas, 1998.*

A Tabela IV, apresentada a seguir, mostrou que essa tendência se confirmou na amostra do CRP-Campinas:

**Tabela IV: Distribuição dos adoecidos de LER, grau III, que cumpriram programa no CRP-Campinas de agosto de 1995 a dezembro de 1997, segundo sexo.**

<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Masculino	6	13
Feminino	41	87
Total	47	100 %

*Fonte: INSS/ Arquivo de prontuários do CRP- Campinas / 1998.*

A maior presença de mulheres entre os adoecidos por LER tem suscitado algumas explicações, e dentre elas, a de que a LER é uma doença biologicamente determinada, com uma predisposição feminina para o adoecimento por essa patologia.

Outra explicação, que não é biologizante, mas que também procura desviar a causalidade da LER das condições de trabalho, é aquela que atribui o predomínio da incidência da LER em mulheres à divisão sexual do trabalho que inclui a dupla jornada exercida pelas mulheres trabalhadoras - na empresa e no âmbito familiar.

A experiência da reabilitação profissional com outras doenças ocupacionais apontam para a rejeição desta última explicação uma vez que o exercício da dupla jornada pelas mulheres não surgiu concomitantemente ao aparecimento da LER e sim desde que as mulheres passaram a integrar o mercado de trabalho industrial, como uma exigência do processo brasileiro de industrialização e urbanização. Além disso, há um contingente de homens adoecidos que não exercem tarefas domésticas após suas jornadas de trabalho. O fator dupla jornada no entanto, tem um peso diferenciador no sofrimento das mulheres adoecidas por LER, como veremos a seguir.

No âmbito desta pesquisa, a variável sexo tem uma conotação apenas descritiva. No entanto, a problematização do maior adoecimento feminino por LER levou a abordagens mais complexas que mereceram nossa atenção, embora não nos caiba tratá-las aqui com maior profundidade.

Alguns estudos sobre gênero e trabalho, afirmam como premissa básica que *as relações de gênero não são produtos de um destino biológico, mas antes de tudo, construções sociais que possuem uma base material* (Oliveira, 1997).

O termo gênero refere-se aos atributos que cada cultura, de modo diferenciado, vai impor ao masculino e ao feminino, a partir de um lugar social hierárquico construído na relação de poder entre os sexos. (Oliveira, 1997:2).

Ao introduzir a questão do poder e da desigualdade social entre os gêneros, esses estudos podem explicar os diferentes impactos que a exposição aos riscos ocupacionais, determinados pelas condições e fatores de organização do trabalho, provocam especificamente no homem e na mulher.

O mundo do trabalho no capitalismo, especialmente em sua forma mais recente de reestruturação produtiva, tem dois sexos. Para as mulheres, continuam sendo reservados os trabalhos desprovidos de conteúdo intelectual, monótonos e repetitivos, que exigem movimentos leves, delicados e precisos, atenção concentrada, grande responsabilidade e paciência. Além disso, aproveitando para a execução dessas tarefas contribui o adiestramento familiar feminino de docilidade e submissão, ao qual, no nosso entendimento, vêm somar as estratégias de constrangimento impostas aos trabalhadores de um modo

geral, para obter maior rapidez e produtividade. Esses se tornaram os requisitos fundamentais para a nova modalidade de reestruturação produtiva do capital e tiveram o efeito de minar as relações de sociabilidade nos locais de trabalho. Ao serem internalizadas de forma diferenciada pelas mulheres, trazem maior sofrimento psicofísico, tornando-se um dos fatores causais de adoecimento.

Vários estudos sociológicos, dentre eles, os de Souza-Lobo (1991), Hirata (1993) e Cohn (1993), demonstram que as funções que historicamente as mulheres estão exercendo na estrutura produtiva, estão sempre muito próximas de seus papéis familiares, condizentes com o papel feminino construído socialmente. Para Souza-Lobo (1991:60) esta divisão sexual do trabalho está inserida na divisão sexual da sociedade e é recriada no mundo do trabalho. Este processo de recriação demonstra que a relação de trabalho é uma relação sexuada porque é uma relação social, configurada enquanto estratégia de gestão da força de trabalho pelo capital.

Essa relação, que é construída socialmente, é apresentada como natural e biológica, determinando a desqualificação da mulher, à qual são destinados trabalhos remunerados inferiormente, e condicionando-as a realizarem tarefas mais voltadas para a sua "natureza feminina", ou seja, as que requerem habilidades adquiridas na socialização ao longo da vida e que dispensam o investimento em treinamento por parte das empresas.

O maior adoecimento feminino, mas não exclusivo por LER, vem a ser também sem descartar a presença de outros fatores patogênicos, uma expressão desta estrutura invisível da divisão da sociedade em gêneros.

A experiência de adoecer por LER é vivenciada de modos diferentes pelos homens e pelas mulheres. Ambas as vivências contudo, são marcadas pelo sofrimento. O descrédito da doença por parte da empresa, que quer fugir da sua responsabilidade pela causalidade do adoecimento, a conduta autoritária dos médicos (em especial dos médicos de empresa e dos médicos-peritos do INSS), a reação dos colegas de trabalho que também se sentem lesados pela sobrecarga de trabalho que lhes causam os afastamentos, acentuam de forma significativa o sofrimento causado pela dor física, pelas limitações da vida diária e pelo afastamento do trabalho e dos espaços de convivência social que levam a um conseqüente retorno forçado ao espaço doméstico.

Com o adoecimento, as mulheres vêem a necessidade de modificar a rotina familiar. A trabalhadora adoecida passa a necessitar de ajuda para as rotinas cotidianas: lavar, esfregar e torcer roupa, lavar pratos, faxinar a casa, cozinhar, dar banho nas crianças, fazer compras, segurar o filho nos braços, etc.

Nos relatos das mulheres adoecidas, registrados nas anotações dos prontuários do CRP-Campinas, percebe-se que, de início, são feitos rearranjos domésticos e os filhos e o marido, para as casadas, e a mãe e as irmãs, para as solteiras, tornam-se os principais auxiliares nessas tarefas. No entanto,

ao longo do tempo, esse ajuste encontrado pode ser modificado, pois com o prolongamento de uma doença, sem marcas aparentes e, por isso, difícil de entender, começam a ocorrer, via de regra, as ausências de colaboração.

Para ambos os sexos, a dependência excessiva, suas queixas constantes de dor e a piora da situação econômica determinada pelos baixos benefícios previdenciários podem trazer como consequência separações conjugais ou rompimentos afetivos e, portanto, maior sofrimento aos lesionados. Há casos contudo, em que as redes de solidariedade e apoio, que são estabelecidas pela doença, fortalecem os laços familiares e minimizam o sofrimento dos adoecidos.

Os relatos dos trabalhadores do sexo masculino denotam um sofrimento adicional diferente do das mulheres. A representação social de perda da masculinidade parece ser um fator presente. Eles se sentem diminuídos por não terem mais força física e estarem impossibilitados de efetuar consertos domésticos, trocar lâmpadas e carregar pesos. É igualmente forte a sensação de perda do lazer, como praticar o futebol com os filhos e amigos, por medo de cair e “machucar ainda mais os braços”, e os jogos de dominó e baralho, que exigem movimentos das mãos e dos braços que aumentam as dores. Muitas esposas que não trabalhavam tiveram que procurar um emprego após a doença dos maridos, o que, na visão de muitos deles, prejudicou a organização familiar e o cuidado dos filhos.

São situações decorrentes do adoecimento e que não têm cobertura pela Seguridade Social: *A ausência de políticas públicas que minimizem a sobrecarga na vida privada, associada à relação homem-mulher, em que culturalmente a relação tarefas-domésticas como tarefas-femininas é reforçada, atuam como fatores de grande relevância nas relações gênero, saúde e trabalho. O adoecimento altera as relações na família, sendo mais realçado suas repercussões para as mulheres, resultantes de alterações e desgastes na unidade biopsicofísica”. (Barreto, 1997:98).*

## **2) LER: um adoecimento jovem, de incapacitação precoce.**

Os dados do Relatório anual de 1991 do NUSAT ( Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social / INSS / Belo Horizonte, MG) apontam que 87% das CATs ( Comunicação de Acidentes de Trabalho ) por LER são de segurados com menos de 40 anos (Candido & Neves, 1997).

Segundo esse relatório, a LER é, dentre todas as doenças ocupacionais registradas pelo núcleo, aquela que apresenta o maior perfil de adoecimento em camadas mais jovens da população. Trata-se portanto de um perfil homogêneo para essa casuística sendo constatado também em outros serviços que atendem essa clientela.

Os adoecidos de LER do CRP-Campinas, no período recortado por esta pesquisa, também estavam concentrados em faixas-etárias mais baixas, descrevendo uma população jovem, pois 88% dos lesionados tinham até 44 anos, como mostra a Tabela V.

A partir desses dados, podemos inferir que, por se tratar de uma doença de origem ocupacional ligada às exigências de produtividade exacerbadas, em condições ergonômicas desfavoráveis de execução, os indivíduos jovens, aqueles que estão na sua fase de vida mais produtiva, são os mais atingidos porque são os mais requisitados para a produção capitalista de bens e serviços.

**Tabela V: Distribuição dos adoecidos de LER, segundo faixa-etária, no CRP-Campinas, de agosto de 1995 a dezembro de 1997.**

<i>Faixa-etária</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
15—19 anos	2	1
20—24 anos	12	5
25—29 anos	32	14
30—34 anos	44	20
35—39 anos	64	29
40—44 anos	41	19
45—49 anos	16	7
50—54 anos	6	3
55 anos e +	4	2
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100%</b>

*Fonte: INSS/ Arquivo de prontuários do CRP-Campinas, 1998.*

Os dados da amostra do CRP-Campinas confirmam esta tendência, pois 83% da população estudada tinha menos de 44 anos, conforme o apresentado na Tabela VI.

**Tabela VI: Distribuição dos adoecidos de LER, grau III, que cumpriram programa no CRP-Campinas de agosto de 1995 a dezembro de 1997, segundo faixa-etária.**

<i>Faixa - etária</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
25 a 29 anos	8	17
30 a 34 anos	10	21
35 a 39 anos	16	34
40 a 44 anos	5	11
45 a 49 anos	7	15
N.C.D.	1	2
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

*Fonte: INSS/ Arquivo de prontuários do CRP-Campinas / INSS, 1998.*

Mas o que significou para essa clientela, adoecer tão jovem, sentindo-se incapacitada para o exercício profissional ?

A questão nos remete para a consideração já muito reafirmada do intenso sofrimento vivido pelas pessoas adoecidas, quer pela convivência com a dor, quer pelas limitações funcionais que atingem várias dimensões, quer pelo afastamento compulsório do trabalho e as dificuldades de reconhecimento da patologia. Há ainda uma outra faceta desse adoecer que, por afetar pessoas jovens, torna-se ainda mais doloroso : a destruição de projetos de vida , representando a perda da identidade pessoal e profissional.

*Na perspectiva da psicologia social, a identidade é compreendida como um fenômeno histórico e social, onde o indivíduo se reconhece como sendo "ele mesmo" o que lhe é colocado pelo contexto material e social onde ele está inserido e por ele internalizado"*( Lima & Oliveira,1995). Estes autores afirmam ainda que essa identidade não é pronta e acabada, ela necessita de reafirmação constante do ambiente social, vindo a se configurar como um processo contínuo de identificação dos sujeitos.

Para os indivíduos jovens, as transformações impostas pela doença, provocam uma ruptura da antiga identidade, uma vez que *aquilo que o indivíduo reconhecia como sendo sua identidade não se sustenta mais, porque esta já não é mais repostada pelo meio social( ...)* A perda abrupta dos referenciais que mantinham sua identidade anterior faz com que seja necessário que este indivíduo busque novos referenciais que possibilitem que ele se reconheça( ...) que reorganize sua história pregressa e construa seu projeto de futuro.( Lima & Oliveira, 1995:152 ).

É, pois, um processo de ressignificação do futuro, que só pode ser realizado, na visão de ( Sato & Allii, (1993), a partir de uma reordenação e checagem dos dados que cada um tem de si mesmo, dos conteúdos e relações contidos nessa identidade e que foram forjados no decorrer da sua própria história de vida. Na maior parte dos casos, é necessária a intervenção de um profissional da área de psicologia para que esse processo possa ser bem sucedido.

### **3) A LER e o perfil de escolaridade.**

Quanto à escolaridade, a LER veio modificar o perfil da clientela previdenciária acidentada ou adoecida do trabalho encontrado nos CRPs e NRPs, habitualmente composta de trabalhadores que exerciam funções menos qualificadas, executando trabalhos mais braçais e que não exigiam escolarização.

No universo dos adoecidos de LER do CRP-Campinas, 43% declararam ter cursado o 1º grau, 30% o 2º grau e 22% o 3º grau ou nível universitário ( Tabela VII ). Na amostra do CRP-Campinas, 27% declararam ter 1º grau, 45% declararam ter 2º grau e 24% declararam ter nível universitário ( Tabela VIII ).

**Tabela VII: Distribuição dos adoecidos de LER, segundo escolaridade declarada, no CRP-Campinas, de agosto de 1995 a dezembro de 1997.**

<i>Escolaridade</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Sem escolarização</i>	2	1
<i>1º Grau ( Ensino fundamental )</i>	95	43
<i>2º Grau ( Ensino Médio)</i>	66	30
<i>3º Grau ( Ensino Superior )</i>	50	23
<i>N.C.D.</i>	8	3
<i>Total</i>	221	100%

*Fonte: INSS/ Arquivo de prontuários do CRP-Campinas, 1998.*

**Tabela VIII: Distribuição dos adoecidos de LER, grau III, que cumpriram programa no CRP-Campinas de agosto de 1995 a dezembro de 1997, segundo escolaridade declarada.**

<i>Escolaridade declarada</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Sem escolaridade</i>	1	2
<i>1º Grau</i>	13	27
<i>2º Grau</i>	21	45
<i>3º Grau</i>	11	24
<i>N.C.D.</i>	1	2
<i>Total</i>	47	100%

*Fonte: INSS/ Arquivo de prontuários do CRP- Campinas , 1998.*

A LER apresentou uma mudança significativa no perfil da clientela atendida pelas unidades de reabilitação e foram os adoecidos do setor bancário, os que apresentaram os melhores níveis de escolarização. Para analisar melhor a variável escolaridade no perfil da clientela atendida nessas unidades, somamos os dados de nossas duas amostras ( CRP-Campinas e NRP-Americana) e apresentamos esses dados na Tabela IX , mostrando que 27% da clientela de nível universitário era do setor bancário, enquanto o setor metalúrgico não possuía dados nesse nível de escolaridade.

**Tabela IX: Distribuição dos adoecidos de LER do CRP-Campinas e do NRP-Americana, que cumpriram programa de agosto de 1995 a dezembro de 1997, segundo escolaridade declarada e ramos de atividade produtiva.**

Ramos de atividade produtiva	Metalúrgico		Bancário		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Escolaridade declarada								
1º Grau	11	14	-	-	10	13	21	27
2º Grau	5	6	18	23	8	10	31	39
Nível universitário	-	-	21	27	3	4	24	30
N.C.D	1	1	1	1	1	1	3	4
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>21 %</b>	<b>40</b>	<b>51%</b>	<b>22</b>	<b>28%</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

Fonte: INSS/Arquivo de prontuários do CRP- Campinas , 1998.

INSS/ Arquivo de prontuários do NRP-Americana, 1999.

Quanto as áreas de formação escolhidas pelos bancários, além daquelas ligadas a atividade bancária como Economia, Administração de Empresas, Ciências Contábeis e Processamento de Dados, encontramos também bancários formados em Serviço Social, Ciências Sociais, Letras, Pedagogia, Direito e Psicologia.

Um grupo de pesquisadores da UFMG ( Universidade Federal de Minas Gerais ) realizou um estudo sobre LER no setor bancário de Belo Horizonte. Observou-se que, embora a atividade bancária seja considerada ideal para os jovens que querem continuar seus estudos, na prática isso não ocorre, porque as chefias fazem muita pressão para a extensão da jornada de trabalho e a realização de horas-extras( Lima & Allii , 1997). Segundo esse estudo, o fato de possuírem maior escolaridade, gerou, entre os bancários, uma *defasagem mais acentuada do que aquela constatada em outras categorias estudadas, entre suas reais competências e aquelas necessárias para executar as atividades que lhes são atribuídas.* ( Lima & Cols,1997:66).

Nos relatos registrados nos prontuários do CRP-Campinas percebemos que o trabalho bancário era visto como uma situação temporária para os empregados de bancos privados. Para os trabalhadores de bancos estatais, que tinham direito à estabilidade no emprego, o ingresso no setor representou o atendimento a uma aspiração profissional.

Para os primeiros, o surgimento da doença permitiu que antigos sonhos emergissem no processo de ressignificação do futuro, que mencionamos anteriormente, trazendo para alguns um sentimento de frustração por não terem seguido um caminho diferente e, para outros, a possibilidade de mudanças profissionais significativas.

Para os bancários do setor estatal, a situação foi percebida de forma mais complexa. As reformas introduzidas com a privatização e a quebra de direitos trabalhistas, como a estabilidade no emprego, por exemplo, e a forma terrorista como essas questões foram colocadas na ordem do dia ( com muitas ameaças e pressão emocional sobre os bancários em geral e, em especial, sobre os lesionados) representaram para eles , um sofrimento adicional de extrema importância, trazendo sentimentos de insegurança profissional, nunca antes vivenciados.

#### **4) A LER e sua incidência por ramo de atividade produtiva.**

Em se tratando da LER, uma doença de origem essencialmente ocupacional, é importante a descrição da distribuição dos adoecidos pelos diversos ramos de atividades produtivas para entendermos a produção social desta patologia no contexto das relações econômicas mais amplas.

Nos dados levantados do universo da casuística de LER do CRP-Campinas, o ramo bancário foi o que apresentou a maior incidência, representando 35% da clientela, sendo seguido pela indústria metalúrgica com 28%, e pelos serviços hospitalares com 11%, como mostra a Tabela X.

**Tabela X: Distribuição dos adoecidos de LER, segundo ramos de atividade produtiva, no CRP-Campinas, de agosto de 1995 a dezembro de 1997.**

<i>Ramo de Atividade</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Bancário</i>	<b>78</b>	<b>35</b>
<i>Metalúrgico</i>	<b>63</b>	<b>28</b>
<i>Serv. Hospitalares</i>	<b>24</b>	<b>11</b>
<i>Serviços em geral</i>	<b>30</b>	<b>14</b>
<i>Outros( 1)</i>	<b>24</b>	<b>11</b>
<i>N.C.D</i>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100%</b>

*(1) Nessa categoria foram incluídos os seguintes ramos de atividades: avícolas, frigoríficos, indústria química e farmacêutica, indústria plástica e de embalagens, indústria de móveis, indústria alimentícia, indústria da borracha, indústria de chapéus, tecelagens , confecções e comércio varejista.*

*Fonte: Arquivo de prontuários do CRP-Campinas/INSS,1998.*

Nos dados da amostra do CRP-Campinas, o setor bancário também apresentou maior significância com 47% da clientela estudada, sendo seguido pelo ramo metalúrgico com 27% e pelos serviços hospitalares com 14%, conforme o demonstrado na Tabela XI.

**Tabela XI: Distribuição dos adoecidos de LER, grau III que cumpriram programa no CRP- Campinas de agosto de 1995 a dezembro de 1997, segundo ramos de atividade produtiva.**

<i>Ramo de atividades</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Bancário</i>	22	47
<i>Metalúrgico</i>	13	28
<i>Serv. Hospitalares</i>	6	13
<i>Serv. em geral</i>	4	8
<i>Ind. Alimentícia</i>	1	2
<i>Ind. química e farm.</i>	1	2
<i>Total</i>	47	100%

*Fonte: INSS/ Arquivo de prontuários do CRP- Campinas, 1998.*

No setor bancário e de serviços, o uso de computadores tem sido apontado como a fonte de LER. A história da informatização no nosso país revela que a introdução desses equipamentos não foi acompanhada pela devida modernização ergonômica do mobiliário, de treinamento adequado do pessoal para o uso dos novos equipamentos, como também não houve uma readequação dos processos de trabalho.

Na indústria, vários especialistas apontam que as mudanças ocorridas em decorrência da reestruturação produtiva do capital, tais como: a eliminação dos postos de trabalho, a extinção de profissões, o trabalho em células, o trabalho sem estoque, demandaram exigências maiores e mais sutis de incremento da produtividade e da intensidade do desempenho dos trabalhadores, como quesitos para a competitividade no mercado globalizado. Essas transformações, com a passagem do modelo de regulação taylorista/fordista para o modelo baseado na gestão da qualidade total e da flexibilização das relações contratuais de trabalho interferiram na carga laboral dos trabalhadores, de diferentes ramos de atividades produtivas, exigindo-lhes maior desgaste físico e psíquico. Isso provocou alterações nos padrões de morbidade, e a LER é considerada a doença emblemática destas mudanças. O que se percebe é que tais mudanças foram implantadas de forma acelerada e desastrosa porque foram concretizadas através de técnicas racionalizadoras autoritárias para atender a esta nova forma de organização do trabalho.

### 5) A LER e sua incidência por grupos de funções similares.

Para estabelecer o perfil funcional dos adoecidos de LER do CRP-Campinas, agrupamos todas as funções levantadas no universo dos prontuários, tendo como referência de similaridade, o padrão de movimentos e de exigências psicofísicas para a execução das mesmas, as quais denominamos funções similares.

A Tabela XII, referente ao universo dos dados levantados no CRP-Campinas, mostra que a maior concentração de adoecidos estava no grupo das funções de caixa e escriturário bancário, com 29% da clientela. Em seguida vieram as funções de digitação com 18%, e as de produção, distribuídas em 21% para auxiliares, ajudantes e operadores e 12% para os trabalhadores das áreas de montagem.

*Tabela XII: Distribuição dos adoecidos de LER, segundo grupos de funções similares, no CRP-Campinas, de agosto de 1995 a dezembro de 1997.*

<i>Grupos de funções similares</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Digitador(a)/Aux. administrativo/ Atendente /Telefonista</i>	<i>39</i>	<i>18</i>
<i>Caixa de banco/ Escriturário de Banco.</i>	<i>65</i>	<i>29</i>
<i>Aux. de produção/ Ajudante de produção/Operador de produção.</i>	<i>47</i>	<i>21</i>
<i>Montador/Aux. de montagem/ Aux. de pré montagem /Ajustador.</i>	<i>27</i>	<i>12</i>
<i>Serviços gerais/ Aux. de limpeza/ Faxineiro.</i>	<i>10</i>	<i>5</i>
<i>Operador de máquina de lavanderia</i>	<i>9</i>	<i>4</i>
<i>Cozinheira/Aux. de cozinha/ Ajudante de cozinha.</i>	<i>6</i>	<i>3</i>
<i>Outros (1)</i>	<i>16</i>	<i>7</i>
<i>NCD</i>	<i>2</i>	<i>1</i>
<i>Total</i>	<i>221</i>	<i>100%</i>

*(1) Essa categoria inclui as seguintes funções, que não são consideradas similares: gari, carteiro, servente de pedreiro, marceneiro, costureira, técnico de laboratório, técnico de enfermagem e atendente de enfermagem.*

*Fonte: INSS/ Arquivo de prontuários do CRP-Campinas,1998.*

Na amostra, contudo, a função de caixa adquiriu maior expressão, com 45% dos adoecidos e 12% ficou para as funções de digitação e 15% e 16% para as funções de produção e montagem, respectivamente, como mostra a Tabela XIII.

**Tabela XIII: Distribuição dos adoecidos de LER, grau III, que cumpriram programa no CRP-Campinas de agosto de 1995 a dezembro de 1997, segundo grupo de funções similares.**

<i>Grupos de funções similares</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Digitador(a)/Aux. administrativo/ Atendente /Telefonista</i>	<b>5</b>	<b>11</b>
<i>Caixa de banco/ Escriturário de Banco.</i>	<b>21</b>	<b>45</b>
<i>Aux. de produção/ Ajudante de produção/Operador de produção.</i>	<b>7</b>	<b>15</b>
<i>Montador/Aux. de montagem/ Aux. de pré montagem /Ajustador.</i>	<b>8</b>	<b>17</b>
<i>Serviços gerais/ Aux. de limpeza/ Faxineiro.</i>	<b>1</b>	<b>2</b>
<i>Operador de máquina de lavanderia</i>	<b>2</b>	<b>4</b>
<i>Aux. de laboratório</i>	<b>2</b>	<b>4</b>
<i>Aux. de enfermagem</i>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

*Fonte: INSS/ Arquivo de prontuários do CRP- Campinas, 1998.*

A LER era tradicionalmente conhecida como “a doença dos digitadores”. Não apenas porque esta função apresentava em si mesma um alto potencial de risco, pelo seu conteúdo repetitivo e determinado pelo tempo dos computadores ( que não é o padrão de tempo dos seres humanos ) mas, porque o reconhecimento dessa doença como ocupacional foi graças à organização sindical e luta da categoria dos digitadores, que conseguiu colocar na legislação de proteção ‘a saúde’, a correção de riscos ergonômicos e o reconhecimento denexo-causal pela Previdência Social.<sup>10</sup>

Entretanto, no período em estudo, a LER já havia migrado para outras ocupações. A função de caixa bancário, como vimos, foi a de maior significância mas, a história da informatização no setor bancário pode explicar esta mudança, pois as atividades de digitação também migraram dentro dos bancos.

<sup>10</sup> Norma Regulamentadora ( NR) nº 17 - Portaria nº 3.571 do Ministério do Trabalho de 23/ 11/1990 e Manual de Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade por LER/ INSS/1993.

Antes elas eram concentradas no interior dos grandes CPDs ( Centros de processamento de dados ), mas com a introdução da teleinformática , dos sistemas *on line* , passaram a ser exercidas pelos caixas.

Quanto aos trabalhadores das indústrias, as funções das áreas de produção e montagem de equipamentos eletrônicos tiveram, em Campinas, a maior incidência, com 33% da clientela. Essas funções possuem, em si mesmas , um conteúdo altamente repetitivo que, como já nos referimos antes, foi agravado pela intensificação das jornadas e dos ritmos de trabalho em decorrência das novas formas de gestão.

No segmento dos serviços, entretanto, as respostas pela alta incidência estão centradas na informatização associada ao fenômeno da terceirização na contratação de mão-de-obra , que foi intenso nesse setor, trazendo um crescimento desordenado e intensificador de produtividade, pois esta contratação flexibilizada teve como objetivo primordial reduzir os custos com recursos humanos das empresas contratantes.

O que se conclui, portanto, é que a LER representa uma doença ocupacional emblemática destes tempos de globalização, de novas modalidades capitalistas de reestruturação produtiva e de inovações tecnológicas e gerenciais.

#### **f) A lógica da intervenção.**

A lógica de intervenção é um componente muito importante na reconstituição de um projeto pois permite apreender quais foram os caminhos escolhidos pelos atores da intervenção por serem, na sua concepção, os mais adequados para alcançar os objetivos pretendidos. Segundo Martinic, ( 1997: 67-69) trata-se de uma grande hipótese norteadora, que, derivada de concepções ou marcos de referência, vão sustentar as relações causais entre a situação-problema e os objetivos da intervenção.

Segundo Merhy ( 1997: 78 ) a lógica da intervenção *é um conjunto de critérios e opções conceituais que definirão as escolhas e os modos de levar a efeito as ações de um projeto de intervenção.* Tais escolhas são sempre *valorativas e políticas, cuja importância vai além dos instrumentos e técnicas utilizadas, pois, define o auto-governo dos profissionais que responde pela realização concreta da intervenção, que pode ou não criar ações pertinentes e eficazes.*

Para esse autor, *a concretude do conceito de necessidade é que dá sentido ao serviço e constrói a operacionalidade nesta relação - o usuário que representa e realmente vive um problema, um sofrimento, e o profissional que o traduz como uma necessidade que requer uma intervenção.* Esta intervenção por sua vez, estaria se concretizando *“num conjunto de sabedorias e práticas, conforme os critérios adotados pelo modelo de atenção do serviço, visando alterar a lógica do sofrimento do usuário e*

*até mesmo alterar a sua produção, no nível do conjunto das relações sociais ( Merhy,1997: 78)( grifos nossos).*

A lógica da intervenção do CRP-Campinas estabeleceu algumas rupturas com os modos de atuar tradicionais da reabilitação profissional nos seguintes aspectos:

1. Articulou reabilitação com prevenção, rompendo com o isolamento característico dos CRPs, estabelecendo parcerias interinstitucionais. Essas parcerias, ao mesmo tempo, garantiram um melhor equacionamento social da problemática da LER no município de Campinas e possibilitaram controle social dos lesionados, através de seus sindicatos, sobre as ações e intenções deste projeto.

2. Rompendo com o modelo biomédico vigente, implementou um modo de atenção mais abrangente, construído através de um trabalho interdisciplinar muitas vezes difícil e conflituoso. Neste aspecto, é importante ressaltar o papel de mediação<sup>11</sup> exercido pelos assistentes sociais do projeto. Souza ( in Iguti ( 1997:35-52 ) ), ao relatar sua experiência profissional como assistente social deste projeto em questão, diz que *grandes discussões aconteciam( ...) eram sérios problemas de “linguagem” e enfoque técnico diferenciado( ...) o trabalho de equipe porém se manteve e com saldo positivo( ...) fruto do acúmulo de muitos anos de trabalho difícil, porém criativo e que ousou transformar a rotina a partir da contribuição de diferentes cabeças.*

Para Morin ( 1982) a interdisciplinaridade só se realiza *num paradigma que permite distinguir, separar, meditar, discutir, opor e portanto disjuntar estes domínios científicos e ideológicos, mas que possa fazê-los se comunicar, sem operar a redução.*

### **g) Relações de Interesse**

Segundo Martinic (1997:41 *todo projeto de intervenção provoca muitas reações, não apenas as advindas das pessoas beneficiárias e sim afetando outros interesses que podem obstaculizar a realização das ações previstas no projeto ou anular os seus resultados, através de um “jogo de forças” no sentido contrário. Há contudo, grupos de interesse que têm atitudes positivas, facilitando a execução do projeto ou legitimando seus objetivos.*

O modelo técnico assistencial de LER do CRP-Campinas desencadeou reações tanto positivas quanto negativas. O projeto se legitimava legalmente porque não contrariava as disposições legais da Reabilitação Profissional no INSS e as suas brechas de ruptura se realizavam apenas como contradições

<sup>11</sup> O termo mediação refere-se à “ articulação dinâmica e processual entre as partes na sua ação recíproca com o todo, considerando que cada parte é uma totalidade parcial, também complexa”. Pontes, R.N. “Mediação e Serviço Social”-

à lógica dominante. Cumpria integralmente a missão do serviço e tinha o apoio institucional local, da direção do CRP, da Perícia Médica de Campinas e da Gerência Regional do Seguro Social, o que, como já dissemos, garantiu a alocação de recursos humanos e materiais para a realização das atividades. Em relação à avaliação dos assistidos, estes tinham uma percepção positiva do programa, corroborada pelos sindicatos e pela “Associação dos Portadores de LER de Campinas”. Este grupo foi formado a partir da mobilização desencadeada pelo CRP para a garantia coletiva dos direitos de cidadania dos lesionados e veio a se incorporar na parceria interinstitucional, constituindo-se num grupo de interesse com atitudes positivas para com o projeto. Havia ainda o respaldo social e político das diversas instituições que compunham o GIL - Grupo Interinstitucional de LER do município de Campinas.

Dos grupos de interesses que tiveram reações contrárias ao projeto, o destaque é para as empresas que, muitas vezes, resistiram em reconhecer que a problemática da LER decorria das condições de trabalho, não se mobilizando para a correção dos fatores de risco, não acolhendo adequadamente os lesionados reabilitados e descumprindo condições acordadas nas negociações de retorno ao trabalho, levando o CRP-Campinas, juntamente com as outras instituições que integravam o GIL, a formalizar denúncias junto ao Ministério Público Federal do Trabalho.

Ainda como reação negativa é pertinente assinalar a forte pressão exercida pelas supervisões estadual e federal, da Reabilitação Profissional do INSS, que se posicionavam contrárias às propostas alternativas do projeto de LER. Essa pressão era exercida em nome da agilização numérica da fila de espera, que sempre foi uma característica das formas de organização dos serviços de Reabilitação Profissional, sem qualquer avaliação mais consistente sobre os efeitos produzidos por este modelo assistencial.

#### **h) Resultados da intervenção.**

Os instrumentos metodológicos que construímos - os indicadores, variáveis e dimensões - referiam-se às formas como o adoecimento e incapacitação por LER foram apreendidas pelos profissionais do CRP-Campinas. De acordo com a proposta teórica de Martinic (1997: 87), para avaliar os resultados da intervenção, esses componentes qualitativos receberam uma ponderação numérica que permitiu a análise comparativa entre os dois momentos (antes e depois) da intervenção, no interior de cada um dos serviços estudados e, posteriormente entre eles.

Os indicadores haviam sido ponderados pela quantificação da frequência dos achados (vide Quadros 1, 2, 3 e 4), na fase de coleta de dados e mantida a mesma quantificação por ocasião da construção da matriz de julgamento. Alguns achados, na sua transformação em indicadores, foram

agrupados, obedecendo-se os princípios de agregação de indicadores ou seja, *só somar indicadores quando a unidade de medida for a mesma*. (Aguillar & Ander- Egg 1994: 127).

As variáveis e as dimensões receberam uma ponderação prévia, mas de acordo com critérios valorativos da pesquisadora, que explicitamos a seguir:

A **dimensão física**, por ser preponderante na definição da incapacidade, recebeu valor **(40)**. As variáveis: **presença da dor**, por ter sido a queixa mais importante dos adoecidos de LER, presente na totalidade das casuísticas estudadas, recebeu a maior ponderação **(20)**; **as limitações funcionais** receberam o valor **(15)** e **as sensações incômodas** o valor **(05)**, por terem um peso médio e mínimo, respectivamente, na produção do sofrimento e da incapacitação.

A **dimensão da relação do uso social do corpo**, por representar uma noção não meramente funcionalista do corpo e sim o preenchimento satisfatório de necessidades que lhe são socialmente requisitadas, foi ponderada em **(30)**, uma vez que, no nosso entendimento, ela é determinada fundamentalmente pela otimização da dimensão anterior. A sua variável de expressão, **a realização das tarefas cotidianas** recebeu o valor **(30)**, o mesmo valor da dimensão na qual ela se expressou, por se tratar de uma variável única.

A **dimensão emocional** e a **dimensão da sociabilidade** receberam, cada uma, o valor **(15)** por serem repercussões dos comprometimentos causados pela LER nas dimensões anteriores. Suas variáveis- **aspectos psicológicos** e **aspectos dos relacionamentos sociais e de trabalho**- receberam a mesma ponderação **(15)**.

Para posterior medição e julgamento, sem qualquer complexidade estatística, como propõe Martinic (1997: 95-97), realizamos os seguintes cálculos numéricos: o valor da soma dos indicadores foi multiplicado pelo valor ponderado das variáveis e o resultado numérico obtido foi multiplicado pelo valor ponderado da dimensão em que estavam situadas.

O quadro a seguir denominado **matriz de julgamento**, foi montado a partir do estudo dos 47 prontuários do CRP-Campinas, que se constituiu na nossa amostragem, conforme explicitamos na metodologia. Ele também expressa o conjunto de dimensões, suas respectivas variáveis, indicadores e respectivas ponderações, que possibilitaram obter a avaliação dos resultados dos dois momentos (antes e depois) da intervenção terapêutica proporcionada pelo serviço.

Quadro 5: "Resultados da Matriz de Julgamento, aplicada nos momentos antes e depois da intervenção do modelo assistencial de LER do CRP-Campinas, 1998. (1)

Dimensões	Variáveis	Indicadores	Momentos da intervenção antes (A) depois (B)
1. Dimensão Física ( 40 ) ( dor, limitações funcionais, sensações e sintomas da LER)  A=940 x 40 = 37.600 B=380 x 40 = 15.200	1. Presença da Dor ( 20 )  A= 47 x 20 = 940 B= 19 x 20 = 380	1.1. Adoecidos de LER que apresentam dor intensa e ininterrupta. 1.2. Adoecidos de LER que apresentam dor somente ao utilizar os MMSS.  A= 47 B= 19	43 19 4 0  Total = 47 19
A= 1.335 x 40 = 53.400 B= 465 x 40 = 18.600	2. Limitações funcionais ( 15 )  A=89 x 15 = 1.335 B=31 x 15 = 465	1.2.1. Adoecidos de LER que apresentam dificuldades para elevar e ou sustentar os MMSS. 1.2.2. Adoecidos de LER que apresentam dificuldades de movimentação de mãos e punhos, inclusive com quedas involuntárias de objetos da mão. 1.2.3. Adoecidos de LER que apresentam cansaço e fadiga precoces e diminuição da força muscular. 1.2.4. Adoecidos de LER com tensão muscular acentuada.  A= 89 B= 31	25 9 20 7  38 15  6 0  Total = 89 31
A= 220 x 40 = 8.800 B= 70 x 40 = 2.800	3. Sensações incômodas ( 05 )  A= 44 x 5 = 220 B= 14 x 5 = 70	1.3.1. Adoecidos de LER que apresentam sensações parastésicas persistentes. 1.3.2. Adoecidos de LER que apresentam hipotermia e sudorese. 1.3.3. Adoecidos de LER com presença de edemas.  A= 44 B= 14	17 14 10 0 17 0  Total = 44 14

Dimensões	Variáveis	Indicadores	Momentos da Intervenção antes (A) depois (B)
<p>2. Dimensão da relação do uso social do corpo ( 30 ) ( das atividades de vida diária inclusive do autocuidado ).</p> <p>A= 1.980 x 30= 59.400 B= 900 x 30= 27.000</p>	<p>2.1 Realização das tarefas cotidianas. ( 30 )</p> <p>A= 66 x 30 = 1980 B= 30 x 30 = 900</p>	<p>2.1.1 Adoecidos de LER que relatam ter diminuído muito o ritmo ao realizar suas tarefas doméstica. 2.1.2 Adoecidos de LER com baixa tolerância à escrita e ou letra modificada. 2.1.3 Adoecidos de LER que relatam dificuldades no auto-cuidado corporal.</p> <p>A= 66 B= 30</p>	<p>35 13</p> <p>21 17</p> <p>10 0</p> <p>Total= 66 30</p>
<p>3. Dimensão Emocional (15) ( dos sentimentos de auto-estima )</p> <p>A= 855 x 15 = 12.825 B = 300 x 15= 4.500</p>	<p>3.1. Aspectos psicológicos (15)</p> <p>A= 57 x 15 = 855 B= 20 x 15= 300</p>	<p>3.1.1. Adoecidos de LER que se apresentam muito deprimidos e com quadro de depressão severa. 3.1.2. Adoecidos de LER que apresentam quadro de ansiedade intensa principalmente relacionado com o futuro profissional. 3.1.2. Adoecidos de LER que apresentam dificuldades para obter sono reparador e/ ou apresentam crises frequentes de irritabilidade.</p> <p>A= 57 B= 20</p>	<p>22 7</p> <p>23 7</p> <p>12 6</p> <p>Total= 57 20</p>
<p>4. Dimensão da Sociabilidade ( 15 )</p> <p>A= 1260 x 15 = 18.900 B= 240 x 15 = 3.600</p>	<p>4.1. Aspectos dos relacionamentos sociais do trabalho. (15)</p> <p>A= 84 x 15 = 1260 B= 16 x 15 = 240</p>	<p>4.1.2. Adoecidos de LER com relacionamento familiar conflituoso. 4.1.3. Adoecidos de LER com aversão às empresas (chefias e ou colegas de trabalho). 4.1.4. Adoecidos de LER que relatam não conseguirem mais se relacionar socialmente, sentindo-se incapacitados para o lazer. 4.1.5. Adoecidos de LER impossibilitados de trabalhar.</p> <p>A= 84 B= 16</p>	<p>11 0</p> <p>21 2</p> <p>5 1</p> <p>47 13</p> <p>Total= 84 16</p>

Os resultados numéricos obtidos com os dados do CRP-Campinas, através da somatória dos produtos em cada uma das dimensões foram:

1. Dimensão física : A ( antes ) :  $37.600 + 53.400 + 8.800 = 99.800$

B ( depois ) :  $15.200 + 18.600 + 2.800 = 36.600$

2. Dimensão da relação do uso social do corpo:

A ( antes ) : 59.400

B ( depois ) : 27.000

3. Dimensão emocional :

A ( antes ) : 12.825

B ( depois ) : 4.500

4. Dimensão da sociabilidade:

A ( antes ) : 18.900

B ( depois ) : 3.600

A seguir, para verificarmos quais dimensões foram mais e menos afetadas pela intervenção do CRP-Campinas calculamos as porcentagens dos valores do momento **depois (B)** em relação ao momento **antes (A)**. Estes foram os resultados obtidos:

1. Dimensão física:  $36.600 \times 100 / 99.800 = 37\%$

2. Dimensão da relação do uso social do corpo:  $27.000 \times 100 / 59.400 = 45\%$

3. Dimensão do emocional:  $4.500 \times 100 / 12.825 = 35\%$

4. Dimensão da sociabilidade :  $3.600 \times 100 / 18.900 = 19\%$

Os resultados demonstram que na **dimensão física** permaneceu uma incapacitação de 37% portanto, houve um resgate da autonomia em 63% das situações atendidas. Na dimensão da **relação do uso social do corpo** a incapacitação residual foi de 45% portanto, um resgate de autonomia de 55%. Na **dimensão emocional** o grau de incapacitação da clientela que permaneceu foi de 35% o que significou um resgate da autonomia de 65% e na **dimensão da sociabilidade** o grau de incapacitação ficou em 19% , representando uma evolução positiva de 81% no resgate das capacidades dos lesionados, a maior porcentagem apresentada entre as dimensões estudadas.

Para emprendermos uma avaliação global da intervenção, ou seja do conjunto das variáveis observadas, calculamos a porcentagem obtida da somatória de todas as dimensões no momento **depois (B)** em relação a somatória obtida de todas as dimensões no momento **antes (A)**, o que nos deu um resultado de 38%, conforme cálculos apresentados abaixo:

$$A \text{ ( antes ) : } 99.800 + 59.400 + 12.825 + 18.900 = 190.925$$

$$B \text{ ( depois ) : } 36.600 + 27.000 + 4.500 + 3.600 = 71.700$$

$$71.700 \times 100 / 190.925 = 38\%.$$

Estes resultados permitem concluir que o projeto de intervenção avaliado nos momentos **antes e depois** produziu um efeito global positivo de 62% no resgate da autonomia dos adoecidos, significando um resultado bastante favorável do modelo assistencial alternativo empregado no serviço de reabilitação profissional do CRP-Campinas. Permaneceu no nível de 38 % o efeito inalterado da intervenção empregada no resgate da autonomia dos adoecidos, o que pode significar, tanto o grau de limitação proporcionada pelo quadro de gravidade do próprio adoecimento, uma vez que os casos estudados nesta avaliação foram os de grau III da doença (segundo os diagnósticos médicos), como também a permanência de certos obstáculos institucionais (falta de recursos humanos e pressão negativa das chefias pela demanda reprimida em fila de espera) que desfavoreceram a obtenção de um grau ainda mais elevado de positividade da intervenção devido a necessidade de reduzir o tempo de programação dos grupos.

A nosso ver, o resultado de 60% alcançado após a intervenção pode ser considerado muito positivo, quando comparado com o obtido no processo avaliativo efetuado em relação à intervenção de outro modelo assistencial de LER, o aplicado pelo NRP-Americana, cuja análise elaboramos a seguir.

## II.2 A reconstituição do modelo assistencial de LER do NRP-Americana.

### a ) Antecedentes

O projeto de criação do NRP-Americana ,em 1991, assim como os demais núcleos de reabilitação do INSS, tinha a proposta de um atendimento integrado ao CRP mais próximo (neste caso, o CRP-Campinas), na medida em que as casuísticas de maior complexidade deveriam ser para lá encaminhadas, tanto para uma avaliação mais especializada quanto para cumprimento de programas terapêuticos. A casuística de LER, pela sua complexidade inerente deveria seguir esse itinerário assistencial. Os CRP-Campinas nunca teve uma capacidade instalada suficiente para atender nem a própria demanda da sua área de abrangência , nem a do NRP-Americana ,a ele articulado. No entanto, mesmo com tais dificuldades, até o ano de 1994 pode-se encontrar registros da existência dessa trajetória terapêutica articulada para os casos de LER.

Nos anos seguintes rompeu-se essa articulação porque o encaminhamento ao CRP-Campinas representava aumento significativo do tempo de permanência em programa e as unidades de reabilitação passaram a ser muito pressionadas quanto à agilização do atendimento dos casos, uma vez que as supervisões estadual e nacional avaliavam a produtividade dos serviços pelo quantitativo numérico de clientes atendidos.

Pelo levantamento realizado em 32 prontuários do NRP-Americana, a casuística de LER apresenta o mesmo padrão de adoecimento constatado no CRP-Campinas. A Tabela XIV pode demonstrar a similaridade entre os diagnósticos.

**Tabela XIV: Distribuição dos diagnósticos, combinados ou não, dos adoecidos de LER, que cumpriram programa no NRP- Americana , de agosto de 1995 a dezembro de 1997.**

<i>Diagnósticos</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Tenossinovite MMSS</i>	<b>15</b>	<b>40</b>
<i>Tendinite de punho</i>	<b>7</b>	<b>19</b>
<i>Síndrome túnel do carpo</i>	<b>5</b>	<b>13</b>
<i>Cervicobraquealgia</i>	<b>4</b>	<b>11</b>
<i>Epicondilite MMSS</i>	<b>3</b>	<b>8</b>
<i>Tendinite do ombro</i>	<b>1</b>	<b>3</b>
<i>Síndrome do manguito rotator</i>	<b>1</b>	<b>3</b>
<i>LER ( inespecífico)</i>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

*Fonte: INSS/ Arquivo de prontuários do NRP- Americana, 1999.*

No levantamento realizado nos registros deste serviço, constatamos ainda que em 12 casos, portanto, em 37% do total da clientela, havia relatos de afastamentos anteriores, com volta à mesma função e agravamento. Essa incidência, que já consideramos muito alta, pode ser ainda maior, já que não havia por parte dos técnicos deste serviço, a preocupação com a coleta destes dados, uma vez que não havia nenhuma proposta preventiva.

## **b) Objetivos da intervenção.**

### **1. Objetivo geral**

O modelo assistencial de LER do NRP-Americana enquadra-se no referencial do modelo mínimo preconizado pela direção geral da Reabilitação Profissional do INSS e tem como objetivo a agilização dos fluxos de atendimento e plena cobertura, com vistas a um retorno rápido ao trabalho.

### **2. Objetivos específicos**

A reconstituição do modelo assistencial de LER do NRP-Americana foi realizada com o mesmo desenho metodológico utilizado para o CRP-Campinas, ou seja, também fizemos uma sistematização dos objetivos específicos de acordo com a atuação dos profissionais.

#### **1) Médico**

1. Avaliar e definir a capacidade laborativa residual dos adoecidos em relação às limitações, perdas funcionais e funções preservadas, estabelecendo restrições de desempenho.
2. Avaliar a compatibilidade da capacidade laborativa residual em relação à função exercida por ocasião do adoecimento e à função oferecida pela empresa.

#### **2) Assistente Social**

1. Levantar os dados relativos à situação familiar, econômica, empregatícia, das experiências profissionais anteriores e de escolaridade.
2. Situar os adoecidos em relação aos objetivos da programação.

3. Solicitar aos sociólogos da unidade, análises de função e contatos com as empresas para dar início a negociação de retorno.

### 3) Psicólogo

1. Levantar dados referentes as habilidades e aptidões dos adoecidos de LER.
2. Verificar o potencial de aprendizagem, orientando e encaminhando para cursos profissionalizantes na comunidade.

Obs: 1) A área de psicologia , por decisão da própria equipe, era acionada apenas para os adoecidos de LER desempregados. Na amostra, somente 3 casos ( 9 % da casuística analisada ) tiveram a intervenção do psicólogo , voltada para a orientação profissional.

2) O trabalho dos sociólogos estava voltado para as atividades de contato com as empresas para análise de função e outros dados dessa natureza solicitados pelos profissionais do atendimento, não incidindo diretamente sobre a clientela.

### c )Duração de programa.

A Tabela XV apresenta a distribuição e a freqüência do tempo de permanência da clientela em programa no NRP-Americana, mostrando que 16% permaneceram de 1 a 2 meses, 47% permaneceram de 3 a 4 meses e 22% permaneceram de 5 a 6 meses. O tempo médio de permanência em programa foi de 4,48 meses. Trata-se, portanto, de um modelo assistencial muito ágil no fluxo de atendimento de sua clientela.

**Tabela XV: Distribuição dos adoecidos de LER do NRP- Americana, segundo tempo de permanência em programa ,de agosto de1995 a dezembro de 1997.**

Meses de programa	Ponto médio (X)	N	%	N.X
1 — 3	2	5	16	10
3 — 5	4	15	47	60
5 — 7	6	7	22	42
7 — 9	8	1	3	8
9 — 11	10	1	3	10
N.C.D	-	3	9	-
Total	-	32	100 %	130

Fonte: INSS/ Arquivo de prontuários do NRP- Americana, 1999.

$$\bar{X} = \frac{\sum N X}{N} = \frac{130}{29} = 4,48 \text{ meses}$$

#### **d) Recursos humanos e materiais.**

O NRP-Americana é uma unidade de reabilitação de pequeno porte e todos os seus profissionais estiveram envolvidos no atendimento da casuística de LER. Foram eles: 2 médicos, 3 assistentes sociais, 1 psicólogo e 2 sociólogos.

Os mesmos problemas já citados na reconstituição do CRP-Campinas, advindos do número reduzido de profissionais diante da grande demanda dos casos de LER, foram sentidos por este serviço. Além disto, a Equipe de intervenção do NRP-Americana não atendia exclusivamente a clientela de LER, o atendimento era prestado para todos os tipos de casuística de reabilitação profissional.

Desta forma, cedendo à pressão exercida pelas supervisões superiores, o serviço ampliou distorcidamente a capacidade de atendimento de seus profissionais, ajustando-a numericamente a demanda, terminando com a fila de espera, porém, com prejuízo das atividades terapêuticas.

A jornada de trabalho dos médicos era de 20 horas semanais e a dos demais profissionais de 30 horas. As faixas salariais dos profissionais eram equivalentes às mencionadas na reconstituição do modelo assistencial do CRP-Campinas. O espaço físico utilizado pelo serviço apresentava-se suficiente para abrigar as atividades programadas.

Os recursos materiais, em tese, foram os disponibilizados para todos os programas de reabilitação e também já foram elencados anteriormente.

A atenção foi desenvolvida de forma pontual, prevalecendo o modelo médico de avaliação da capacidade laborativa residual.

#### **e) Clientela beneficiária.**

A clientela foi exclusivamente de adoecidos de LER, segurados da Previdência Social, encaminhados pela Perícia Médica de Americana e de outras localidades da área de abrangência do NRP-Americana, tais como: Santa Bárbara D'Oeste, Piracicaba, Limeira, Araras e Rio Claro.

Para o NRP-Americana, o perfil da clientela foi extraído apenas da amostra de 32 prontuários de adoecidos de LER, selecionados independentemente do estadiamento da doença e da localização do encaminhamento pericial, que cumpriram integralmente a programação ofertada pelo serviço, também no período de agosto de 1995 a dezembro de 1997.

O perfil da clientela inclui a sua descrição por sexo, idade, escolaridade declarada, funções e ramos de atividade produtiva.

A Tabela XVI vem confirmar o perfil de gênero encontrado no CRP-Campinas, com 72% da clientela atendida pertencente ao sexo feminino havendo contudo, uma presença um pouco maior da clientela masculina, com 28% de homens atendidos.

**Tabela XVI: Distribuição dos adoecidos de LER, que cumpriram programa no NRP- Americana, de agosto de 1995 a dezembro de 1997, segundo sexo.**

<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Masculino	9	28
Feminino	23	72
Total	32	100 %

*Fonte: INSS/ Arquivo de prontuários do NRP- Americana / 1999.*

Quanto à idade , a tendência de adoecimento jovem, de incapacitação precoce também foi mantida no NRP-Americana, com 87,5% da clientela tendo até 44 anos , conforme o mostrado na tabela abaixo.

**Tabela XVII: Distribuição dos adoecidos de LER, que cumpriram programa no NRP- Americana, de agosto de 1995 a dezembro de 1997, segundo a faixa-etária.**

<i>Faixa - etária</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>15 a 19 anos</i>	<b>1</b>	<b>3</b>
<i>20 a 24 anos</i>	<b>2</b>	<b>6</b>
<i>25 a 29 anos</i>	<b>8</b>	<b>25</b>
<i>30 a 34 anos</i>	<b>6</b>	<b>19</b>
<i>35 a 39 anos</i>	<b>7</b>	<b>22</b>
<i>40 a 44 anos</i>	<b>4</b>	<b>12,5</b>
<i>45 a 49 anos</i>	<b>4</b>	<b>12,5</b>
<i>Total</i>	<b>32</b>	<b>100%</b>

*Fonte: INSS/ Arquivo de prontuários do NRP-Americana , 1999.*

Em relação a escolaridade o NRP-Americana confirma nossa colocação de que houve uma mudança significativa no perfil da clientela das unidades de reabilitação profissional ocasionada pelos níveis de escolarização mais altos apresentados pelos adoecidos de LER do setor bancário, conforme mostra a Tabela XVIII.

**Tabela XVIII: Distribuição dos adoecidos de LER, que cumpriram programa no NRP- Americana, de agosto de 1995 a dezembro de 1997, segundo escolaridade declarada.**

<i>Escolaridade declarada</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>1º Grau</i>	6	19
<i>2º Grau</i>	13	41
<i>3º Grau</i>	11	34
<i>N.C.D.</i>	2	6
<i>Total</i>	32	100%

*Fonte: INSS/ Arquivo de prontuários do NRP- Americana , 1999.*

No NRP-Americana, não houve diferenças quanto aos ramos de atividades mais incidentes apresentados no CRP-Campinas. O setor bancário continua na liderança, sendo seguido pelo setores metalúrgico e de serviços ( Tabela XIX ).

**Tabela XIX: Distribuição dos adoecidos de LER, que cumpriram programa no NRP- Americana de agosto de 1995 a dezembro de 1997, segundo ramos de atividade produtiva.**

<i>Ramo de atividades</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Bancário</i>	18	56
<i>Metalúrgico</i>	4	13
<i>Serviços em geral</i>	4	13
<i>Ind. têxtil e confecções</i>	3	9
<i>Ind. de papel e papelão</i>	2	6
<i>Ind. alimentícia</i>	1	3
<i>Total</i>	32	100%

*Fonte: INSS/ Arquivo de prontuários do NRP- Americana, 1999.*

Do mesmo modo, o perfil permaneceu inalterado em relação às funções exercidas pelos adoecidos. A tabela XX mostrou que 59% da clientela exercia a função de caixa, 13% funções de digitação e 15% referiam-se as funções ligadas à produção.

**Tabela XX: Distribuição dos adoecidos de LER, que cumpriram programa no NRP- Americana, de agosto de 1995 a dezembro de 1997, segundo grupo de funções similares.**

<i>Grupos de funções similares</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Digitador(a)/Aux. administrativo/ Atendente /Telefonista</i>	<b>4</b>	<b>13</b>
<i>Caixa de banco/ Escriturário de Banco.</i>	<b>19</b>	<b>59</b>
<i>Aux. de produção/ Ajudante de produção/Operador de produção.</i>	<b>5</b>	<b>15</b>
<i>Outros(1)</i>	<b>4</b>	<b>13</b>
<i>Total</i>	<b>32</b>	<b>100%</b>

*(1) Essa categoria inclui as funções de esplhedeira de papel, auxiliar de cozinha e urditriz, não similares.*

*Fonte: INSS/ Arquivo de Prontuários do NRP-Americana / INSS, 1999.*

#### **f) Lógica de intervenção.**

Como já nos referimos na introdução , o atendimento do NRP-Americana era casuístico, pontual, sem qualquer conotação preventiva, obedecendo portanto a lógica securitária de reabilitação para o emprego.

O modelo assistencial desenvolvido para os casos de LER era mais reducionista do que os modelos tradicionais pois não contemplava um trabalho interdisciplinar terapêutico que respondesse às necessidades de reabilitação desta clientela. Um exemplo ilustrador desta situação é a ausência quase que total da intervenção do psicólogo para os casos de LER, mesmo diante dos comprometimentos emocionais apresentados pelos adoecidos e da existência de um profissional da área no serviço, o qual foi sub-utilizado restringindo-se sua atuação apenas ao levantamento de interesses e aptidões dos lesionados sem vínculo empregatício, representando apenas 3 casos na amostra, 9% da clientela atendida.

#### **g) Relações de interesse**

Não foi possível realizarmos uma investigação em relação a estas questões. Entretanto, percebemos que alguns profissionais do atendimento estavam insatisfeitos com a forma como a atenção vinha sendo realizada no serviço.

Os interesses prevaletentes a nosso ver, não eram todavia, os oriundos das necessidades da clientela e nem dos determinantes do seu tipo de adoecimento e sim os mediados pelas exigências securitárias da instituição, articuladas com a privatização do seguro de acidentes de trabalho no Brasil, conforme nossa análise no item I.3 do Capítulo I deste estudo. Da mesma forma havia um prevaletimento dos interesses de produtividade definidos pelas empresas, refletida na vontade das mesmas em receber ou não a casuística liberada pelo programa, sem qualquer responsabilização social.

Os sentimentos de insatisfação percebidos entre os profissionais não foram canalizados para um projeto inovador, como ocorreu no CRP-Campinas, que oferecesse resistência aos propósitos privatistas e reducionistas da reforma previdenciária e que, ao implementar uma assistência verdadeiramente reabilitatória, minimizasse o sofrimento da clientela e gratificasse os seus executores.

#### **h) Resultados da intervenção.**

Os resultados do NRP-Americana são apresentados através do mesmo modelo de matriz de julgamento do CRP-Campinas seguindo os mesmos procedimentos de quantificação prévia. O quadro 6, apresentado a seguir demonstra a precariedade das anotações de avaliação deste serviço, uma vez que, ao centrarem suas avaliações na incapacidade física, deixam de apreender as repercussões do adoecimento nas outras dimensões, não valorizando as queixas e sintomas apresentados pela clientela. Desta forma, a matriz de julgamento apresenta-se empobrecida quanto aos indicadores no momento **antes** e inalterada no momento **depois**, pois não havendo a valorização inicial da sintomatologia, não haverá, conseqüentemente qualquer intervenção terapêutica neste sentido. A matriz de julgamento do NRP-Americana demonstra em última análise que não houve nem uma definição clara da incapacidade por LER e nem resgate da autonomia, nem mesmo na dimensão física para a qual a avaliação mostrou-se um pouco mais elaborada.

Quadro 6: "Resultados da Matriz de Julgamento, aplicada nos momentos antes e depois da intervenção do modelo assistencial de LER do NRP- Americana ,1999.

(1)

Dimensões	Variáveis	Indicadores	Momentos da intervenção antes ( A ) depois ( B )
1. Dimensão Física ( 40 ) ( dor, limitações funcionais, sensações e sintomas da LER)  A= 40 x 640 = 25.600 B= 40 x 640 = 25.600	1. Presença da dor. ( 20 )  A=20 x 32= 640 B=20x 32 = 640	1.1. Dor ou dor difusa ou dor com irradiação.	32 32
A=40 x 210 = 8.400 B=40 x 210 =8.400	2. Limitações funcionais. ( 15 )  A= 15 x 14=210 B= 15 x 14 =210	1.2.1 Impotência funcional 1.2.2 Perda ou diminuição da força muscular. 1.2.3 Tensão muscular. 1.2.4 Atrofia muscular  A= 14 B= 14	5 5 5 5 3 3 1 1 Total = 14 14
A=40 x 45= 1.800 B= 40 x 45 = 1800	1.3 Sensações incômodas (05)  A = 05 x 9 = 45 B = 05 x 9 = 45	1.3.1 Parestesias frequentes 1.3.2 Edemas 1.3.3 Tremores  A= 9 B= 9	6 6 2 2 1 1 Total = 9 9

Dimensões	Variáveis	Indicadores	Momentos da Intervenção antes (A) depois (B)
2. Dimensão da relação do uso social do corpo. ( 30 ) (das atividades de vida diária inclusive do auto-cuidado ).  A= 30 x 60 = 1.800 B= 30 x 60 = 1.800	2.1 Realização de tarefas cotidianas.( 30 )  A= 30 x 2 = 60 B = 30 x 2 = 60	2.1.1. Refere dificuldades nas atividades de vida diária.  A= 2 B= 2	2  2  Total= 2      2
3. Dimensão do Emocional ( 15 ) ( dos sentimentos de auto-estima )  A=15 x 30 = 450 B=15 x 30 = 450	3.1. Aspectos psicológicos (15)  A=15 x 2 = 30 B=15 x 2 = 30	3.1.1. Apresenta problemas emocionais  3.1.2 . A cliente é muito chorosa.  A= 2 B= 2	1      1  1      1  Total=2      2
4. Dimensão da Sociabilidade ( 15 )  A= 15 x 480 = 7.200 B= 15 x 60 = 900	4.1 Aspectos dos relacionamentos sociais e do trabalho. ( 15 )  A= 15 x 32 = 480 B= 15 x 4 = 60	4.1.1 Adoecidos de LER impossibilitados de trabalhar  A=32 B= 4	32      4  Total= 32      4

Sobre o Quadro 6, cabe as seguintes observações:

1. Os valores em relação ao momento depois ( B ) foram mantidos os mesmos que os momentos antes ( A ) para as dimensões -física, da relação do uso social do corpo, e emocional - porque não havendo intervenção e nem avaliação desses aspectos, inferimos que as situações permaneceram inalteradas.
2. Na dimensão da sociabilidade encontramos 28 lesionados considerados aptos para retornar ao trabalho.

Os resultados numéricos obtidos com os dados do NRP-Americana, através da somatória dos produtos em cada uma das dimensões foram:

1. Dimensão física: A (antes) :  $25.600 + 8.400 + 1.800 = 35.800$   
 B (depois):  $25.600 + 8.400 + 1.800 = 35.800$

2. Dimensão da relação do uso social do corpo:

A (antes) : 1.800

B (depois): 1.800

3. Dimensão do emocional:

A (antes) : 450

B (depois): 450

4. Dimensão da sociabilidade:

A (antes): 7.200

B (depois): 900

Os dados demonstram que nas dimensões - física, da relação do uso social do corpo e do emocional, não houve mudanças com a intervenção, a situação de incapacidade permanece inalterada.

Na dimensão da sociabilidade no entanto, calculamos a porcentagem do valor do momento **depois (B)** em relação ao momento **antes (A)** e o resultado foi o seguinte:  $900 \times 100 / 7.200 = 13\%$

Isto significa dizer que nesta dimensão apenas 13% da incapacidade permaneceu , houve, portanto, um ganho de autonomia de 87%. Este cálculo contudo não demonstra a realidade da intervenção nesta dimensão. Como a sintomatologia referida nas queixas dos lesionados não era considerada como fator de incapacidade para o trabalho, os lesionados, na grande maioria, foram considerados aptos para retornarem ao trabalho.

Para emprendermos o mesmo cálculo para a avaliação global no NRP-Americana obtivemos os seguintes resultados:

$$A \text{ (antes)} : 35.800 + 1.800 + 450 + 7.200 = 42.250$$

$$B \text{ (depois)}: 35.600 + 1.800 + 450 + 900 = 38.950$$

$$38.950 \times 100 / 42.250 = 86\%$$

Estes resultados nos permitem concluir que a incapacidade permaneceu inalterada em 86%, havendo portanto uma positividade de 14% no resgate da autonomia dos lesionados de LER. Esta porcentagem contudo, mesmo sendo baixa não reflete a realidade dos fatos. Na dimensão da sociabilidade, o retorno ao trabalho foi considerado um indicador de autonomia mas, como vimos, neste serviço, a volta ao trabalho foi negociada e implementada à revelia das queixas de incapacitação referidas.

### *II. 3. Análise comparativa dos dois modelos assistenciais.*

O modelo assistencial de LER do CRP-Campinas privilegiou uma abordagem terapêutica múltipla, que incluiu os aspectos físicos, os aspectos de preenchimento das necessidades sociais requisitadas ao corpo dos trabalhadores, os aspectos emocionais e aqueles relacionados ao lazer e ao trabalho. Os resultados demonstraram uma positividade de 62% no resgate da autonomia, sendo, portanto, um modelo eficaz, pertinente à reabilitação de adoecidos de LER.

Acreditamos que a positividade alcançada pelo modelo assistencial do CRP-Campinas está relacionada com a atenção terapêutica ampliada, que abrangeu todas as dimensões em que o adoecimento por LER pode repercutir, e com a metodologia interdisciplinar que, ao envolver todas as áreas, possibilitou a interação da intervenção nos diversos aspectos desta problemática multifacetária.

Sendo assim, podemos compreender porque os casos advindos de atendimentos terapêuticos anteriores, realizados em outros serviços da comunidade, não obtiveram resultados tão satisfatórios: provavelmente devido a fragmentação destas abordagens.

No modelo assistencial de LER do CRP-Campinas os adoecidos tiveram seu sofrimento aliviado pela intervenção, tornando-se sujeitos com algum controle sobre a sua doença e seu futuro profissional.

O modelo assistencial do NRP-Americana, ao contrário, não realizou nenhum investimento terapêutico na ampliação da capacidade laborativa dos lesionados apresentando uma positividade de apenas 14%, determinada pelos retornos ao trabalho realizados. No entanto, a despeito de todos os sinais e queixas apresentados pela clientela, o retorno ao trabalho desses adoecidos era realizado, de forma bastante pontual, esperando-se que as empresas acolhessem estes trabalhadores, reservando-lhes trabalhos restritivos que, no nosso entendimento, apresentavam uma previsão de serem mantidos apenas durante o período de proteção legal (doze meses). Não se trata portanto, de um modelo eficaz e pertinente, adequado à reabilitação de adoecidos de LER.

Ao analisarmos o tempo de permanência da clientela nos dois serviços, observamos que o modelo assistencial do CRP-Campinas foi muito moroso, tendo a clientela permanecido muito tempo em programa (16,35 meses) ao contrário do NRP-Americana que apresentou um atendimento ágil, de liberação rápida de sua clientela ao trabalho (4,48 meses).

A morosidade do programa do CRP-Campinas não se deve ao atendimento das áreas terapêuticas, ainda que os recursos técnicos estivessem aquém da demanda apresentada, mas sim às dificuldades de reinserção da clientela no retorno ao trabalho devido a resistência das empresas no

acolhimento dos adoecidos e à preocupação do serviço em realizar o desligamento da clientela somente no momento em que algum tipo de equacionamento de retorno estivesse assegurado.

Um estudo realizado no Centro de Reabilitação Ocupacional do Centro Médico da Universidade de Rochester, nos EEUU, corrobora nossos resultados de que um modelo assistencial multidisciplinar de reabilitação de pacientes com doenças crônicas das extremidades superiores relacionadas ao trabalho está associado a resultados mais satisfatórios que os apresentados pelo cuidado usual ( centrado apenas no modelo médico ), porque outros fatores, que não apenas os de ordem física, são considerados. Segundo os autores desse estudo *o papel dos fatores cognitivos, psicossociais e comportamentais se tornaram mais evidentes na última década, intervenções que identificam e modificam estes fatores representam uma área de potencial significativo nos esforços de mais eficientemente controlar a incapacidade para o trabalho.*” ( Feurtein, M & allii, 1993 ). O mesmo artigo aponta contudo, que a re-entrada segura dos trabalhadores adoecidos no trabalho ainda permanece um enigma.

Para nós, esta questão continua obscura, mesmo após a conclusão desta pesquisa. Não foi nosso objetivo avaliar o impacto do programa na empregabilidade da clientela, uma vez que, não levamos em consideração as avaliações elaboradas pela clientela beneficiária sobre as intervenções e sua reinserção no trabalho. Os adoecidos de LER, sem dúvida, seriam os atores que mais se legitimariam como nossos informantes principais. Todavia a pesquisa junto aos adoecidos ficou inviabilizada pelo longo intervalo decorrido entre a realização da intervenção e o momento da avaliação.

Diante dos resultados, concluímos pela eficiência e pertinência do modelo assistencial de LER do CRP-Campinas e pela não adequação do modelo assistencial de LER do NRP-Americana.

Ao final deste trabalho ficaram ainda algumas questões analíticas. O CRP-Campinas e o NRP-Americana trabalharam, no período estudado, com um número reduzido de profissionais diante da necessidade quantitativa de cobertura. Seria este um fator de limitação no desempenho destes programas? Em ambos os serviços acreditamos que sim, porém, com implicações diferentes.

No CRP-Campinas o programa de LER era alternativo e não era aceito pelas chefias institucionais superiores, o que fazia com que os profissionais tivessem que lidar com os aspectos autoritários desta pressão no seu cotidiano. Isso, sem dúvida, gerava um estresse adicional e requeria que a equipe elaborasse também interdisciplinarmente esses aspectos psicossociais do trabalho para que não viessem a refletir no desempenho com a clientela atendida.

A LER , enquanto patologia ocupacional multifacetária relativamente nova , requer a busca de conhecimentos para elucidação e melhoria da prática profissional. Entretanto, a instituição obstaculizava a participação dos profissionais em eventos educativos, condicionando que esta reciclagem fosse realizada às expensas dos próprios profissionais.

A grande demanda de lesionados por sua vez, ainda que o atendimento em grupo tivesse sido bem sucedido e adequado, impunha uma agilização do atendimento terapêutico, que, se tivesse sido melhor ajustada através do aumento de profissionais, teria refletido em maior positividade dos resultados.

No NRP-Americana, como o serviço cedeu à pressão institucional superior, aumentando o número de atendimento de seus profissionais para além dos limites técnicos tradicionalmente definidos, houve um decréscimo na qualidade da atenção, agravada pela ineficácia do modelo assistencial.

A lógica da intervenção orientada para a agilização do retorno ao trabalho, gerava situações de conflito com a clientela, transformando o trabalho em fonte de estresse e gerando os sentimentos de insatisfação já assinalados.

Na época da realização dessas intervenções, havia uma campanha nacional de desmoralização dos servidores públicos, com ataques freqüentes na mídia sobre a ineficiência da categoria, com ameaças de perda de direitos e desmonte de serviços via privatização. Esse contexto, engendrado como pano de fundo das reformas administrativas com o objetivo de obter o apoio da opinião pública, constantemente perpassava as relações de vínculo entre os profissionais e sua clientela.

### **III. Conclusão**

Para concluir este estudo, gostaríamos de fazer uma reflexão sobre os caminhos metodológicos percorridos na realização desta pesquisa avaliativa.

No 1º Encontro de Serviço Social na Esfera da Seguridade Social no Brasil, em Belo Horizonte, apresentamos a experiência do CRP-Campinas num trabalho intitulado: Relato de um projeto terapêutico para LER: uma experiência alternativa do CRP-Campinas (Takahashi, 1997). Tratava-se apenas de um relato para possibilitar a troca de experiências entre profissionais preocupados com os rumos da Seguridade Social em nosso país. Sua apresentação porém, suscitou muito interesse entre os ouvintes do painel Previdência, demonstrando para nós, naquele momento, a relevância do tema dos modelos assistenciais terapêuticos para os casos de LER, no âmbito da reabilitação profissional previdenciária.

A partir deste evento, fomos elaborando progressivamente a idéia de realizar uma investigação científica sobre o modelo assistencial de LER do CRP-Campinas, não com a finalidade de reprodução destes modos de atuar como fórmulas padronizadas de atendimento e sim como elaboração de conhecimento para a intervenção em problemáticas ocupacionais relevantes na área de saúde do trabalhador.

A implantação de programas sociais, na sua experimentação prática, não tem sido objeto de muitos estudos no nosso país, e, na área de reabilitação profissional, desconhecíamos qualquer trabalho realizado nesta direção.

O modelo assistencial de LER do CRP-Campinas existia em forma de “plano”, mas a sua verdadeira realização, ou melhor, as formas como eram produzidas diariamente suas atividades, o modo técnico de intervir, a lógica que norteava a produção de seus resultados, a sua exposição às tensões dos interesses, opiniões, saberes e valores que interagem na sua operacionalização são aspectos muito ricos porém não muito fáceis de serem apropriados e socializados. A abordagem teórica de Martinic apresentava o desenho de avaliação que queríamos realizar, ou seja, reconstituir este modelo assistencial em suas atividades, técnicas realizadas e produtos alcançados, de modo a investigar se estavam ajustados aos objetivos propostos e se seus produtos eram eficazes, produzindo os efeitos esperados. Além disso, a reconstituição realizada através do mesmo desenho de avaliação, de um outro modelo assistencial, permitiria estabelecer uma comparação. Por isso investigamos também o NRP-Americana.

Esse autor tornou-se nosso aporte teórico mais importante durante todas as fases de desenvolvimento desta pesquisa. A nossa escolha deveu-se à maneira pela qual a sua concepção amplia os enfoques avaliativos tradicionais. Para ele, a avaliação se associa à aprendizagem como produção de conhecimento para a ação, além de ancorar-se em metodologias específicas que conduzem à obtenção de julgamentos da parte de quem avalia.

Para realizarmos a obtenção dos dados primários desta pesquisa, optamos pelas anotações dos profissionais nos prontuários da intervenção porque entendíamos que elas ofereciam amplas possibilidades de análise, o que na verdade aconteceu, embora algumas dificuldades tenham se apresentado ao longo de nossa pesquisa. As anotações não eram realizadas de modo muito elaborado e tivemos algumas dúvidas referentes às letras nem sempre legíveis dos profissionais.

Dessas anotações, extraímos alguns achados que identificamos como manifestações comuns a todos os lesionados de LER, retratando o perfil de incapacidade da clientela. Esses achados transformaram-se em indicadores e possibilitaram apreender o **grau de incapacidade** dos lesionados no momento **antes** da intervenção e os **ganhos de autonomia** no momento **depois**. Estes dados foram relidos com base no modelo teórico escolhido e a construção da **matriz de julgamento** exigiu a seleção das variáveis e das dimensões de expressão da LER.

A seleção das variáveis e das dimensões não nos apresentou grandes dificuldades, uma vez que pertencíamos ao serviço. Embora nossa atuação fosse voltada para a direção geral do mesmo, participávamos com muita frequência das reuniões técnicas da Equipe de LER nas quais obtínhamos os dados casuísticos de que precisávamos para as vitórias em empresas e reuniões da parceria interinstitucional.

Nos prontuários do NRP-Americana, a obtenção dos dados primários resultou em achados que preencheram apenas parcialmente nosso modelo de matriz de julgamento, pois enfatizavam apenas a dimensão física e a dimensão da sociabilidade. No entanto, evidenciavam o resultado da intervenção, revelando um modelo assistencial de baixa positividade.

As ações de saúde, embora contenham evidências técnicas, podem ou não guardar relação com as necessidades de saúde ou com as necessidades dos serviços de saúde. Segundo Silva & Formigli (1994: 80-91), duas vertentes de análise podem ser aplicadas para levar ao entendimento das relações entre as práticas e as necessidades de saúde, e o nosso estudo procurou trabalhar articulando esta reflexão.

A primeira vertente busca os significados econômicos, políticos e ideológicos determinantes das especificidades destas relações em momentos históricos concretos, que vão moldar os “modos de assistir”, que Martinic (op. cit.) denomina “lógica da intervenção”. Por essa vertente, pesquisamos a forma como se configurou a institucionalização da área de Reabilitação Profissional enquanto política pública, no âmbito do INSS, resgatando a história da normatização do seu modelo assistencial. Neste aspecto, foram enfatizadas as tentativas de ruptura desenvolvidas pela Equipe de LER do CRP-Campinas, cuja inovação nos modos de atuar foi o trabalho implementado sob uma nova lógica, mais ampliada, e que articulava a reabilitação à prevenção, mostrando-se mais adequada e eficaz no atendimento das casuísticas de acidentes de trabalho e doenças profissionais.

A segunda vertente diz respeito à *capacidade das práticas modificarem uma dada situação de saúde, atendendo ou não às necessidades de saúde de uma determinada população ou seja, refere-se à discussão sobre as suas características e seus efeitos* (Silva & Formigli, 1994: 80-91).

As reconstituições dos dois modelos assistenciais - o do CRP-Campinas e o do NRP-Americana foram orientadas por essa perspectiva.

A seleção dos achados, sua transformação em indicadores, situados no conjunto das dimensões selecionadas, foram procedimentos metodológicos para avaliar os níveis mais complexos do resgate da autonomia dos lesionados de LER, que era o objetivo central do programa do CRP-Campinas. Tanto os traçadores, os indicadores e as dimensões, ao chegarmos nos resultados da avaliação, apresentaram-se como representativos daquilo que desejávamos avaliar.

A abordagem de Martinic apresenta a quantificação como possibilidade de apreensão do qualitativo, assim a articulação entre os números que obtivemos permitiu inferências que afinaram a apreensão do trabalho executado de modo coletivo. Nosso objetivo foi alcançado quando demonstramos a positividade de um modelo e a não-positividade de outro, portanto, acreditamos que nossa opção teórica mostrou-se adequada e pertinente a nossos objetivos avaliativos.

Os especialistas em avaliação de projetos sociais apontam dificuldades quanto à noção de qualidade em modelos assistenciais. Donabedian (apud Silva & Formigli op. cit:82) é um especialista que vem desenvolvendo há vinte anos uma discussão sistemática sobre esta questão e cuja conceituação vem sofrendo algumas modificações. Sua definição mais recente define a qualidade de uma intervenção como um julgamento tanto sobre o componente técnico quanto sobre as relações interpessoais entre o cliente e o profissional que o atende.

Sob este último aspecto, uma avaliação sobre a qualidade de um programa incluiria aferir os atributos relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas da intervenção, a sua satisfação e aceitabilidade, os quais estariam situados na dimensão psicossocial, voltada para o cuidado individual proporcionado. No entanto, como já dissemos no Capítulo II a pesquisa direta com a clientela adoecida ficou inviabilizada pelo intervalo entre o atendimento do projeto e a nossa investigação.

Dejours (1998:55-56), ao se referir aos alívios proporcionados pela intervenção da Ergonomia nos locais de trabalho, fala da “obsolescência do alívio”, que seria sentida com o passar do tempo, e que tem a ver, com os princípios da psicofísica da sensação, segundo os quais a habituação faz com que o aliviado perca o referencial do que foi sentido por ele na ocasião da intervenção.

Acreditamos que, nos dois anos decorridos a partir da interrupção do modelo assistencial do CRP-Campinas, outros fatores vieram a agravar a situação dos lesionados e que estariam presentes em suas falas, interferindo nas apreciações sobre a programação. Esta não visava a “cura” dos adoecidos. Sua

grande meta era a de resgatar a autonomia dos lesionados e, com isto, minorar o seu sofrimento. Os efeitos não aconteceram de maneira uniforme em todos os indivíduos. A particularidade da situação de acolhimento por parte da empresa, da chefia e dos colegas de trabalho, configura-se como fator fundamental de equilíbrio do lesionado no enfrentamento desse momento especial de retomada da sua identidade de trabalhador.

O contexto social de acolhimento dos adoecidos de LER certamente “endureceu”: o aumento nacional do desemprego, o avanço da desregulamentação das relações de trabalho, as mudanças das normas técnicas de avaliação de incapacidade do INSS, articuladas com as medidas de restrição nas prestações de benefícios, são fatores que estão adicionando dificuldades e sofrimento para os adoecidos e que seria de difícil separação em suas falas.

Por outro lado, sabemos que as mudanças obtidas com a programação do CRP-Campinas não foram radicais nem permanentes. Elas necessitariam de uma continuidade assistencial imprescindível a todo portador de doença crônica, para que práticas de manutenção terapêuticas pudessem garantir a perenidade dos ganhos de autonomia da clientela. Não foi possível para o CRP-Campinas manter o atendimento, nem o original, nem o de manutenção da clientela já reabilitada, devido ao atual contexto social de mudanças na política de reabilitação profissional. O monitoramento das condições ergonômicas acordadas com as empresas nos retornos também deixou de ser realizado.

A ausência de uma pesquisa direta com a clientela de LER atendida pelo programa não se constituiu todavia, a nosso ver, uma possível deficiência de análise. Vários estudos de avaliação realizados nesta direção apontam para algumas limitações decorrentes do desconhecimento pela clientela dos projetos formulados por equipes técnicas, o conteúdo das ações terapêuticas e os conhecimentos aplicados, levando-a a emitir opiniões sobre as relações entre ela, a instituição e os profissionais de saúde, sem ter elementos para questionar os modelos assistenciais adotados.

Para Canesqui ( 1992: 175-205 ) não se desvenda o modelo de atenção e sua qualidade em termos objetivos através da opinião dos usuários. A riqueza dos estudos antropológicos envolvendo a clientela, segundo a autora, está *na reconstituição das representações, expectativas e opiniões sobre a sua relação viva ou idealizada com os serviços de saúde que lhes são ofertados.*

Sob um outro enfoque, o estudo de L'Abbate (1992: 67-93) cuja pesquisa não esteve centrada no plano da satisfação individual do usuário e sim de sujeitos coletivos, atores portadores de representações de aspectos relacionados às formas de pensar e atuar de diversos setores, dentre eles os consumidores dos serviços de saúde, trabalhadores representados no movimento sindical e no movimento popular de saúde, também coloca que existem contradições na percepção desses sujeitos para com as questões de direito à saúde e da assistência pública oferecida. Esta autora assinala que *quase não havia*

*referência à saúde, pois os entrevistados falavam muito mais da doença, da assistência à doença, da necessidade de mais equipamentos, mais médicos, mais hospitais, revelando a continuidade do modelo de assistência médica hegemônico no país e não empreendiam uma discussão através da qual se pudesse avaliar os aspectos da qualidade do modelo assistencial prestado.*

A maior fragilidade da nossa pesquisa reside, a nosso ver, no fato de não termos entrevistado os profissionais do atendimento pois suas avaliações e julgamentos poderiam nos ter proporcionado alguns parâmetros sobre os modos como percebem o adoecimento, a incapacitação e o processo de retorno ao trabalho dos lesionados de LER. Acreditamos que suas reflexões poderiam ter fornecido o detalhamento e a densidade do processo de trabalho reabilitatório desenvolvido pelas duas equipes dos serviços avaliados aos quais não tivemos acesso ao nos limitarmos as anotações desses profissionais em prontuários.

Com o trabalho concluído, os resultados auferidos, restou-nos a preocupação de articular esta produção com a tomada de decisões. Esta é, aliás uma atribuição e que a maior parte da literatura sobre o tema coloca como justificativa à realização de uma pesquisa avaliativa.

Mais uma vez Martinic ( op. cit. ) aponta uma outra direção. Para ele, em projetos sociais não existe uma vinculação direta entre os resultados de uma avaliação, as recomendações suscitadas por ela e a reorientação de programas e projetos pelos sujeitos que detêm o poder de tomar decisões, pois são racionalidades que muitas vezes enfrentam questões políticas que pouco têm a ver com os fundamentos técnicos que se quer afiançar.

Os trabalhos avaliativos podem ser uma construção social que orienta a tomada de decisões, mas que não têm necessariamente um efeito linear e mecânico. Por outro lado, a avaliação guarda para si uma outra função que parece ser central na sua proposta teórica: a aprendizagem.

Toda equipe de trabalho ou instituição possui um saber compartilhado, que são as estruturas de pensamento e de ação traduzida em projetos executados. A avaliação criteriosa dos resultados da execução de projetos sociais resultam no aprender dos profissionais-atores, contribuindo para reforçar ou transformar a intervenção. Para tanto é necessário que o trabalho avaliativo seja participativo e interativo, ou seja, deve ocorrer durante o desenvolvimento da intervenção, constituindo-se num processo de educação continuada dentro do serviço, envolvendo todos os profissionais que dela participam.

A nossa pesquisa, por ter sido ex-post, não pôde cumprir este papel, mas acreditamos que poderá favorecer a reflexão de profissionais de reabilitação profissional e estimular a leitura da prática que executam. Ela poderá interessar não apenas aos profissionais que participaram dos modelos assistenciais avaliados mas a todos que continuam atuando na esfera da Reabilitação Profissional do INSS e também

àqueles que, por contingência do processo de privatização do seguro de acidente de trabalho , estão realizando essas ações no âmbito das empresas privadas.

Acreditamos portanto, termos cumprido nossos objetivos avaliativos não só quanto aos elementos internos do projeto do CRP-Campinas, cujos resultados positivos validaram nossa hipótese de trabalho mas também quanto a comparação com outro tipo de modelo, que hoje é hegemônico na Reabilitação Profissional , mas que não apresenta os efeitos de qualidade desejados e que portanto não é adequado à intervenção para casuísticas de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais.

## Summary

The present study is an evaluative ex-post survey that compares the results of intervention directed towards helping the autonomy of injured parties from LER (Injured by Repetitive Movement) of two models for professional rehabilitation, from CRP-Campinas (Center of Professional Rehabilitation of INSS in Campinas- SP) and from NRP- Americana (Nucleus of Professional Rehabilitation in Americana-SP).

The first model shows innovation, having broken from the traditional models of professional rehabilitation of social welfare because it fulfilled an interdisciplinary and complete therapeutic service.

The second model can receive minimal attention, without the therapeutic project, not reaching beyond a check up, foreseeing, basically, the return of injured party to work and it has been adapted in an actual context of privatization of Work Related Accident Insurance of Brazil.

The evaluative research took into consideration the moments before and after intervention of the professionals at both services, having judgment format with profiles, indicators, and variables, starting from a combination of dimensions (physical, in relation to the movement of the body, emotional and sociability) determined by the survey.

The source of data was obtained from forty-seven (47) records of people injured in these types of occupations at CRP-Campinas, and thirty-two (32) records of injured parties at NRP-Americana from period of August 1995 to December 1997. Records from LER of CRP-Campinas were also used.

The results allow us to conclude by positive results of the first model its adequacy to objectives for intervention in the survey, while the second called little attention and did not prove adequate for rehabilitation of injured parties from LER.

### *Referências Bibliográficas*

- Aguillar, M. J. & Ander-Egg, E.- Avaliação de Serviços e Programas Sociais. Petrópolis. Vozes,1994.
- Alves, P.C. -A experiência da enfermidade: Considerações Teóricas. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. julho/setembro,1993 pp. 263- 271.
- Batista, M. C. - O Acidentado de Trabalho por queimaduras na região de Ribeirão Preto-SP: questão do atendimento institucional e das condições de retorno ao trabalho- Tese de Mestrado - Faculdade de Serviço Social/ PUC São Paulo, 1992.
- Boltanski, L. - As classes Sociais e o Corpo - Rio de Janeiro, Ed Graal, 1989 191p.
- Borges, L. H. & Jardim, S. R. - Sociabilidade no Trabalho, Sofrimento psíquico e Lesões por esforços repetitivos ( LER ) entre caixas bancários- Anais do XV Congresso Mundial sobre Segurança e Saúde no Trabalho, 1999.
- Brandimiller, P. A- Caixas: segmento de impacto da automação bancária -Revista Brasileira de Saúde Ocupacional nº 81-Jan/fev/março Fundacentro,São Paulo,1994.
- Cabral, M.S.R - Previdência Social: mentiras e verdades - Anais do IV Congresso Brasileiro de Serviço Social, Salvador, 1994.
- Campos, G. W. S. -A Saúde Pública e a defesa da vida - Saúde em Debate nº 37 São Paulo, Ed. Hucitec,1994. 175p.
- Campos, G.W. S.- Planejamento sem normas- Saúde em Debate nº 23. São Paulo, Ed. Hucitec,1994. 134p.
- Canesqui, A M. -Consumo e Avaliação dos serviços de saúde in Spinola, A W.P et alii - Pesquisa Social em Saúde - São Paulo, Ed. Cortez,1992 pp.175-205.
- Canguilhem, G. -O Normal e o Patológico- Rio de Janeiro, Ed. Forense Universitária,1995. 307p.
- Carneiro Filho, A & Souza, M.C. - Reabilitação Profissional in Lianza, S. - Medicina de Reabilitação- Rio de Janeiro, Ed. Guanabara/ Koogan, 1995 pp.429-436.
- Cartaxo, A M.- Análise da Política Previdenciária Brasileira na Conjuntura nacional- da Velha República ao Estado Autoritário"- Revista Serviço Social & Sociedade nº 40, São Paulo, Ed. Cortez, 1992.
- Cartaxo, A M. - Estratégias de Sobrevivência: a previdência e o serviço social- São Paulo, Ed. Cortez, 1995. 196p.
- Cohn, A. -Processo e organização do Trabalho. in Rocha, L. E. et.aliii. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil- .Petrópolis. Ed. Vozes,1993.

- Cohn, A -A Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social, antigos estigmas e novos desafios in Saúde no Brasil- Políticas e Organização de Serviços , Cohn, A & Elias, P.-São Paulo, Ed. Cortez/CEDEC,1996.
- Contrandriopoulos, A et.allii.- Saber preparar uma pesquisa. São Paulo/Rio de Janeiro. Hucitec/Abrasco, 1997. 215p.
- Dejours, C. - A Loucura do Trabalho - São Paulo, Ed. Cortez/ Oboré, 1992 .168p.
- Faleiros, V. P. -A Política Social do Estado Capitalista- São Paulo, Ed. Cortez,1991. 175p.
- Ferreira, I. M. - A Política Social do Estado Capitalista - São Paulo, Ed. Cortez, 1991. 175p.
- Feuerstein, M. et. allii - Multidisciplinary Rehabilitation of chronic Work -Related Upper Extremity Disorders- Journal of Occupational Medicine April, vol . 35 n ° 4, 1993.
- Garcia, M. E. T. - As vítimas da produção e dos serviços - um estudo do mundo metalúrgico - Tese de Mestrado Faculdade de Serviço Social / PUC São Paulo, 1989.
- Hartz, Z. M. A . et. allii.- Avaliação em Saúde.Dos modelos conceituais à Prática na Análise de Implantação de programas. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1997. 131p.
- Hennington, É. A- Saúde e Trabalho: Considerações sobre as mudanças na legislação acidentária brasileira e sua influência sobre a classe trabalhadora. Tese de mestrado. FCM/ Unicamp. Depto. Saúde Coletiva. Campinas,1996.
- Herzlich, C.- Representações Sociais- Revista Physis, vol.1.,1991.
- Hirata, H. & Humprhey, J. -Formação na empresa, educação escolar e socialização familiar- uma comparação França, Brasil ,Japão. Educação & Sociedade n° 31.Campinas.Cedes/Papirus,1993.
- Iguti, A M., Marin, E. Eller S.M., Souza, M.C. Desafio da interdisciplinaridade: algumas tentativas em diferentes experiências profissionais- Cadernos de Pesquisa -NEP Ver. Semestral da Pós -Graduação em Saúde Mental do Depto de Psicologia Médica e Psiquiatria/ FCM/ UNICAMP Ano II n° 1, 1996 pp.35-52.
- Karsch, U. M. S. - O Serviço Social na era dos serviços - São Paulo, Ed. Cortez, 1989.
- L'Abbate, S. - Direito à Saúde: da reivindicação à realização. Projeto de Política de Saúde em Campinas in Spinola, A W. P. et allii - Pesquisa Social em Saúde - São Paulo, Ed. Cortez, 1992 pp.67-94.
- Laurell, A C. ( Org.) - Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo - São Paulo, Ed. Cortez,1995. 244p.
- Lima, M.E.A & Araújo, J.N.G & Lima, F.P.A- LER-Dimensões ergonômicas e psicossociais- Ed. Health, Belo Horizonte, 1996. 361p.

Magalhães, L. V. - A Dor da Gente: representações sociais sobre as Lesões por esforços repetitivos  
Tese de doutorado FCM/ UNICAMP , 1998.

Manual de Reabilitação Profissional- MPAS/ INPS - Rio de Janeiro, 1986.

Martinic, S. -Evaluacion de proyectos- Comexani-Cejuv. México,1997.

Matsuo, M.- Acidentado de trabalho Reabilitação ou exclusão? Ed. Fundacentro, São Paulo,1998.238p.

Medina, A M. V. A.- Modelos e Lentes: uma discussão sobre a análise da implantação de políticas públicas. Anal.& Conj. jan/abril. Belo Horizonte,1987.

Melo, M. S.- O atendimento em terapia ocupacional aos portadores de Lesão por esforço repetitivo - dig. s/d.

Merhy, E. E. & Onocko, R.- Agir em Saúde - um desafio para o público.- São Paulo/Buenos Aires. Ed. Hucitec/Lugar Editorial,1997. 385p.

Mínayo, M. C.S.- O desafio do Conhecimento-Pesquisa Qualitativa em Saúde- São Paulo/ Rio de Janeiro, Ed.Hucitec/Abrasco,1996. 269p.

Mínayo, M. C. S.- Pesquisa Social- Teoria, Método e Criatividade.- Petrópolis, Ed Vozes,1994.

Morin, E.- A antiga e a nova interdisciplinaridade in Ciência em Consciência.Portugal.- Ed. Biblioteca Universitária,1982.

Morin, E. - Idéias Contemporâneas- Entrevistas do Le Monde.- São Paulo, Ed. Ática,1989.pp.33-40.

Mota, A E. Cultura da Crise e Seguridade Social- São Paulo,Ed.Cortez,1995.248p.

Nicoletti, S. - LER-Lesões por esforços repetitivos - Literatura Técnica continuada de LER - Fascículo 2 - Bristol-Myers Squib Brasil s/d.

Normas Técnicas de Reabilitação Profissional- Secretaria do Bem Estar/ MPAS/ INPS s/d.

Novaes, M. H.- Psicologia aplicada à Reabilitação Profissional - Rio de Janeiro, Imago Editora Ltda, 1975 . 132p.

Oliveira, C.R. Lesão por esforço repetitivo ( LER ) - Revista Brasileira de Saúde Ocupacional n ° 73 vol.19 Abril/ Maio/ Junho ,1991 pp.59-81.

Oliveira, E. M. - Gênero, Saúde e Trabalho: um olhar transversal in Oliveira et. allii - Trabalho , Saúde e Gênero na era da globalização - Goiânia, Editor AB, 1997.

Oliveira, S.G. Proteção Jurídica à Saúde dos Trabalhadores - São Paulo, LTR Editora , 1996 . 333p.

Pontes, R. N. -Mediação e Serviço Social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo Serviço Social -São Paulo, Ed.Cortez,1997.

Possas, C. -Saúde e Trabalho - A crise da Previdência Social- São Paulo, Ed. Hucitec,1989.324p.

Protocolo de Atendimento nas Lesões de Esforços de Repetição - Acta fisiátrica 2 ( 2 ), 1995 pp. 17:33.

Relatório Final da Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador- dig. Brasília, 1993.

Ribeiro, H. P.- A violência do Trabalho no Capitalismo - O caso das lesões de membros superiores por esforços repetitivos em trabalhadores bancários - Tese de doutorado Faculdade de Saúde Pública/ USP, 1997.

Sato, Leni et. alii.- Atividade em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional/Fundacentro. nº 79 jul/set. São Paulo,1993.

Schmidt, R. C. Trabalhador ou peça descartável na empresa? Estudo monográfico sobre o acidente de trabalho em São Bernardo do Campo - Tese de mestrado Faculdade de Serviço Social/ PUC São Paulo, 1986.

Settimi, M. M. & Silvestre, M. - Lesões por esforços repetitivos ( LER) : um problema da sociedade brasileira in Codo, W. & Almeida, M. C. - LER- lesões por esforços repetitivos -Diagnóstico, Tratamento e prevenção- Petrópolis, Ed. Vozes, 1995. 355p.

Silva, M. L. V. & Formigli, V. L.- Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. Cadernos de Saúde Pública .Rio de Janeiro jan/março,1994.

Silva, M. L. L. -Previdência Social- um direito conquistado -Gráfica Agnus, Brasília, 1997. 282p.

Soares, L. B. T.- Terapia Ocupacional- Lógica do Capital ou do Trabalho? Saúde em Debate nº42. São Paulo Ed. Hucitec,1991. 217p.

Souza -Lobo, E. -A Classe Operária tem dois sexos.- São Paulo, Ed. Brasiliense,1991 285p.

Souza, M. C. As lesões por esforços repetitivos - LER: um estudo dos prontuários da Reabilitação Profissional, 1998- Tese de mestrado apresentada a FCM/UNICAMP- Depto de Medicina Preventiva e Social.

Spink, M. J.- O conceito de Representação Social na abordagem psicossocial- Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. julho/setembro, 1993.

Struffaldi, M.C. - Reabilitação Profissional: características, conhecimentos e opiniões dos trabalhadores acidentados Tese de doutorado Faculdade de Saúde Pública/ USP, 1994.

Takahashi, M.A. B. C. - A privatização do Seguro-Acidente e a defesa da validade expressiva da Reabilitação Profissional enquanto Política Pública - Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ V Congresso Paulista de Saúde Pública, Águas de Lindóia, 1997.

Takahashi, M. A B. C. - Relato de um projeto terapêutico para LER: uma experiência alternativa no CRP-Campinas - Anais do 1º Encontro de Serviço Social na Esfera da Seguridade Social no Brasil, Belo Horizonte, 1997 . pp.82-87.

Teixeira, S. F. et.alii. - Reforma Sanitária- em busca de uma teoria- São Paulo, Ed. Cortez,1995. 232p.

Teixeira, S. F. Estado sem cidadãos- Seguridade Social na América Latina- Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz,1994.

Thiollent, M.- Metodologia da Pesquisa-Ação- São Paulo, Ed. Cortez, 1996. 107p.

**ANEXO****LISTA DE QUADROS E TABELAS**

QUADRO 1- Achados encontrados na amostra de 47 prontuários, antes da intervenção do modelo assistencial de LER do CRP-Campinas.....	24
QUADRO 2- Achados encontrados na amostra de 47 prontuários, após a intervenção do modelo assistencial de LER do CRP-Campinas.....	25
QUADRO 3- Achados encontrados na amostra de 32 prontuários, antes da intervenção do modelo assistencial de LER do NRP-Americana.....	26
QUADRO 4- Achados encontrados na amostra de 32 prontuários, depois da intervenção do modelo assistencial de LER do NRP-Americana.....	27
QUADRO 5 - Resultados da matriz de julgamento, aplicada nos momentos antes e depois da intervenção do modelo assistencial de LER do CRP-Campinas ( Parte 1 ).....	75
QUADRO 5 - Resultados da matriz de julgamento, aplicada nos momentos antes e depois da intervenção do modelo assistencial de LER do CRP-Campinas ( Parte 2 ).....	76
QUADRO 6 - Resultados da matriz de julgamento, aplicada nos momentos antes e depois da intervenção do modelo assistencial de LER do NRP-Americana ( Parte 1 ).....	87
QUADRO 6 - Resultados da matriz de julgamento, aplicada nos momentos antes e depois da intervenção do modelo assistencial de LER do NRP-Americana ( Parte 2 ).....	88
TABELA I - Distribuição dos Diagnósticos dos adoecidos de LER do CRP-Campinas.....	51

TABELA II- Distribuição dos adoecidos de LER do CRP-Campinas, segundo tempo de permanência em programa.....	56
TABELA III- Distribuição dos adoecidos de LER do CRP-Campinas, segundo sexo.....	59
TABELA IV- Distribuição dos adoecidos de LER do CRP-Campinas, grau III, segundo sexo.....	59
TABELA V - Distribuição dos adoecidos de LER do CRP-Campinas, segundo faixa-etária.....	63
TABELA VI- Distribuição dos adoecidos de LER do CRP-Campinas, grau III, segundo faixa-etária...63	
TABELA VII- Distribuição dos adoecidos de LER do CRP-Campinas, segundo escolaridade .....	65
TABELA VIII- Distribuição dos adoecidos de LER do CRP-Campinas, grau III, seg. escolaridade.....	65
TABELA IX - Distribuição dos adoecidos de LER do CRP-Campinas e do NRP-Americana, segundo escolaridade e ramos de atividade produtiva.....	66
TABELA X - Distribuição dos adoecidos de LER do CRP-Campinas, segundo ramo de atividade produtiva.....	67
TABELA XI - Distribuição dos adoecidos de LER do CRP-Campinas, grau III, segundo ramo de atividade produtiva.....	68
TABELA XII - Distribuição dos adoecidos de LER do CRP-Campinas, segundo grupos de funções similares.....	69
TABELA XIII- Distribuição dos adoecidos de LER do CRP-Campinas, grau III, segundo grupos de funções similares.....	70

TABELA XIV - Distribuição dos Diagnósticos dos adoecidos de LER do NRP-Americana.....	109 79
TABELA XV - Distribuição dos adoecidos de LER do NRP-Americana, segundo tempo de permanência em programa.....	81
TABELA XVI - Distribuição dos adoecidos de LER do NRP-Americana, segundo sexo.....	83
TABELA XVII- Distribuição dos adoecidos de LER do NRP-Americana, segundo faixa-etária.....	83
TABELA XVIII- Distribuição dos adoecidos de LER do NRP-Americana, segundo escolaridade.....	84
TABELA IX - Distribuição dos adoecidos de LER do NRP-Americana, segundo ramo de atividade produtiva.....	84
TABELA XX- Distribuição dos adoecidos de LER do NRP-Americana segundo grupo de funções similares.....	85